

RUTA CONTRATO

NOMBRE DEL CONTRATISTA	Dpsimedrc. ALL
------------------------	----------------

NUMERO DEL PROCESO		FECHA DE CREACION	
--------------------	--	-------------------	--

NUMERO DEL CONTRATO	
---------------------	--

SUPERVISOR DEL CONTRATO	Internaciona Limonera.
-------------------------	------------------------

[illegible]

Distrimedro A11 - Of. Med. y Cir. Adm. Termina 20/01/26

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
ETAPA PREPARATORIA						
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA	12	✓			
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo	13-16	✓			SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	17	✓			SUPERVISOR
ETAPA PRECONTRACTUAL						
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II	18-19	✓			
5	PROPUESTA	20-26	✓			
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)	27	✓			
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL	28-29	✓			SUPERVISOR
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDICA	30	✓			
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%	31-32	✓			
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	33-34	✓			
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	35	✓			
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	36	✓			
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	37	✓			
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	38-41	✓			
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)	42-43	✓			
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	44	✓			
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	45	✓			
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)	46-53	✓			
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019	54-57	✓			
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURIDICA (revisado previamente por el área encargada)	58-59	✓			
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)	60	✓			SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)	61	✓			SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)	62-63	✓			
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)	64	✓			
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)	65	✓			
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)				✓	
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	66	✓			
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCIÓN, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	67-73	✓			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	74-76	✓			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	77	✓			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	78	✓			

Stella
67-70

Stella Zapata
Act. En Formación

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)				✓	
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización)	19	✓			✓
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)				✓	✓
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	80	✓			✓
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA				✓	✓
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	81	✓			✓
27.14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA (vigencia menor a 3 meses)	82	✓			✓
27.15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA (vigencia menor a 3 meses)	83	✓			✓
27.16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA (menor a 3 meses)	84	✓			✓
27.17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	85	✓			✓
27.18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXUALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	86	✓			✓
27.19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	87	✓			✓
27.2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	88	✓			✓
27.21	CERTIFICADO VACUNA TETANO (vencimiento 10 años)	89-90	✓			✓
27.22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	91-92	✓			✓
27.23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)				✓	
27.24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	93	✓			✓
27.25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	94-95	✓			✓
27.26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	96	✓			✓
27.27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021				✓	✓
27.27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL				✓	SUPERVISOR
ETAPA CONTRACTUAL						
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
TOTAL FOLIOS						

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

- 1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.
- 2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL
- 3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE

REVISAR

[illegible]

**PROCESO DE SELECCIÓN DE:
CONTRATACIÓN DIRECTA X**

MINIMA CUANTIA: _____

MENOR CUANTIA: _____

MAYOR CUANTÍA: _____

E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	
ESTUDIOS PREVIOS	
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL	
Fecha de elaboración del Estudios Previos	Enero 19 de 2026
Nombre del funcionario que diligencia el Estudio Previo	Luz Angela González Beltrán
Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato	Unidad Funcional Internación Médica Limonar
Dependencia solicitante	Unidad Funcional Internación Médica Limonar
Tipo de Contrato	Prestación de servicios
Presupuesto Oficial	\$ 400.000.000
Rubro del Presupuesto Oficial	2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01 SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS
Descripción de la Necesidad	
Justificación	<p>El Hospital Federico Lleras Acosta, transformado en ESE Mediante ordenanza No. 086 de diciembre 28 de 1994, de conformidad con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, es una entidad pública descentralizada del orden departamental, de categoría especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Seccional de Salud.</p> <p>La constitución Política de Colombia en su artículo 49 establece que "la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de la salud", este servicio debe prestarse de manera eficiente, eficaz y oportuna a los usuarios que demandan la atención en los diferentes organismos de salud en el país.</p> <p>El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE es la Institución en salud de mayor complejidad en el Departamento y referente de las áreas de influencia, y dentro de su modelo de atención busca la integralidad de la atención con seguridad y continuidad.</p> <p>En el departamento del Tolima se cuenta con 28 IPS habilitados para consulta externa de oftalmología y 18 IPS que prestan el servicio de cirugía oftalmológica, estas incluyen instituciones públicas y privadas, sin embargo no se cuenta con instituciones que presten el servicio de Oftalmología para la valoración y tratamiento de patologías de urgencia, lo que genera que estos pacientes presenten demoras para recibir la atención adecuada a sus estados de salud, con una dificultad creciente para acceder a tratamientos especializados en la región y requiriendo que deben ser remitidos a</p>

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURÍDICA		CÓDIGO: GJ-FR-045
			Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS		Vigente desde: 27/11/2025
	UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR		Página: 2 de 28

	<p>otros departamentos. Se hace necesario contar con el talento humano que dé respuesta a las necesidades de los tolimeses, por lo cual se requiere contratar Especialista en OFTALMOLOGÍA, teniendo en cuenta que, dentro de la nómina Institucional, no existe este recurso para dar respuesta a la demanda de este servicio de apoyo.</p> <p>Además de lo anterior es importante mencionar que con la prestación de este servicio se va a beneficiar mayormente la población subsidiada y la población pobre no cubierta, es decir tendrá un impacto social muy alto para toda la población del Tolima y zonas circundantes, disminuyendo la morbilidad por patología ocular y sus secuelas que tienen importante impacto en la funcionalidad de los pacientes. Además, se brindará una solución a un problema de la red de servicios dado que anteriormente los pacientes se estaban derivando a otras ciudades por no contar con este servicio en la red del departamento.</p>
--	---

Descripción y Especificaciones del objeto a contratar

Objeto del Contrato	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION POR LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E.
----------------------------	--

Identificador con el clasificador de bienes y servicios

segmento	85	Servicios de Salud, servicios profesionales.
familia	12	Práctica Médica
Clase	16	Servicios de Médicos Especialistas
Producto		

Especificaciones Técnicas	<p>Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE, las cuales son de obligatorio cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico Especialista en Oftalmología. Título otorgado por universidad oficialmente reconocida o validado por el Ministerio de educación. • Experiencia certificada mínima de 1 año en el ejercicio de la especialidad de Oftalmología. • Tarjeta Profesional Vigente. • Auxiliar de Enfermería con experiencia certificada mínima de 6 meses relacionada con atención de pacientes de la especialidad
Plazo del Contrato	El plazo estimado para la ejecución del presente contrato es de Cuatro (4) meses contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución y la suscripción del acta de inicio.
Lugar de Ejecución del Contrato	Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.
Forma de Pago	<p>MODALIDAD: PAGO POR EVENTO</p> <p>El contratante pagará el valor del contrato de acuerdo a la tarifa pactada con el asegurador, de la siguiente manera:</p>

Porcentajes acordados entre el Hospital y el contratista donde incluye las siguientes atenciones:

Valoración de Oftalmología de pacientes en los servicios de urgencias e internación (hospitalización y cuidado intensivo), realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos quirúrgicos y no quirúrgicos, atención en consulta externa, todo ello teniendo en cuenta las Guías y protocolos de esta especialidad, actualizadas aportadas por el contratista, con los siguientes porcentajes acordados:

Servicio	Contratista	Hospital
Consulta ambulatoria, valoraciones iniciales e intrahospitalarias, interconsultas y juntas medicas	60%	40%
Procedimientos no quirúrgicos, ayudas diagnósticas y terapéuticas	80%	20%
Honorarios según grupo quirúrgico	80%	20%
Materiales según grupo quirúrgico	50%	50%
Materiales Grupo quirúrgico >20	50%	50%
Ayudantía	80%	20%

En detalle Insumos y materiales aportados por el contratista son:

Insumos y materiales
OQSEINA
BIOGLOZYL
OQ MIOT (SI LO REQUIERE EL ESPECIALISTA)
OQSEPTIC
VIGAMOX
AZUL TRIPAN
LIDOCAINA SIN PRESERVANTES
VISCOLASTICO HIALURONATO
VISCOLASTICOS METILCELULOSA
CUCHILLETES CRESCENT
CUCHILLETES ANGULADOS 2.2 MM
CUCHILLETE STAB 15°
CUCHILLETES MVR
RETRACTORES DE IRIS
CANASTILLAS OCULARES
HOJAS DE BISTURIN # 15
TEGADERM APOSITO SIN GASA
KENACORT-A (SI LO VE NECESARIO EL MEDICO)
PUNTA DE VITRECTORES
CUCHILLETE 2.75

PUNTA DE FACO 2.75 Y CAPUCHON DE 2.75
SUTURA #10 Y #9
SOLUCION BALANCEADA DE IRRIGACION OCULAR
CASETH FACAMULSIFICACION LEGION

INSUMO	CÓDIGO	CUPS-CUM	TARIFA PACTADA
Lentes Intraoculares	151802021620	151802021620	\$120.000 C/U
Anillo de tensión capsular	151802021621 151802021622	151802021621 151802021622	\$166.000

Así mismo, el contratista aportará:
 Todos los equipos biomédicos para diagnóstico, tratamiento y el instrumental médico quirúrgico requerido, así como la esterilización del mismo, con todas las garantías y controles de calidad respectivos por normatividad. La custodia de los equipos biomédicos estará a cargo del contratista.

Equipos biomédicos

Equipos Biomédicos
Oct Revo 60 marca Optopol (Tomografía ocular y topografía)
4sight marca Accutome (Biometría, ecografía y paquimetría ocular)
Campímetro Humphrey marca Zeiss (Estudio de campo visual)
Microscopio especular (Recuento de células endoteliales)
Facoemulsificador Legion Marca Alcon
Sets de instrumental para cirugía marca Stephens y Martins
Esterilizador de instrumental médico Statim 2000 G4 marca Sciscan
Laser de Yag YC 200 Marca Nidek
Microscopio Opmi Lumera 300 marca Zeiss
Queratómetro y Autorefractómetro VX 90 marca Visionix
Oftalmoscopio indirecto Vantage Plus marca Keeler
Set de lentes asféricos dobles marca Volk
Lámpara de Hendidura KLH-92 marca Colors
Pantalla de agudeza visual Kaiser 1900 marca Colors
Tonómetro de aplanación T-170 marca Colors

Mantenimiento

El contratista asumirá el costo de los mantenimientos preventivos y correctivos, incluyendo la compra e instalación de los repuestos requeridos para los equipos de diagnóstico oftalmológico. Además, aportará las hojas de vida de los equipos al área biomédica del hospital para dar cumplimiento

a la resolución 3100 de 2019 o normatividad vigente de estándares de habilitación.

Insumos y Elementos de protección personal

El contratista aportará a todos los funcionarios del área los elementos de protección necesarios para el desarrollo de las actividades tales como tapabocas quirúrgico y N-95, batas desechables, guantes desechables, así como toallas de manos desechables, jabón, alcohol glicerinado.

Infraestructura

El Hospital proveerá la planta física ubicada en el segundo piso Sede Limonar área de consulta externa consultorio 205 y 208, la dotación deberá ser asegurada por parte del contratista conforme a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019. El contratista debe mantener el área asignada en buen estado y así mismo realizar los arreglos que se requieran derivados de daño a cargo de ellos, en el momento de finalización del contrato deberá retornar las áreas en perfecto estado.

Área para procedimientos quirúrgicos

El área asignada para la realización de procedimientos quirúrgicos estará ubicada en el quirófano 5 piso ala norte sede Limonar.

Los procedimientos estarán sujetos a la programación realizada por parte de la Unidad Funcional Quirúrgicos, tanto para pacientes hospitalizados y ambulatorios. De acuerdo a la demanda de usuarios se ampliarán las franjas para la especialidad de oftalmología en la medida de la disponibilidad de capacidad instalada institucional. En caso de ser necesario se puede optar en programación de cirugías en los quirófanos sede Francia.

Los elementos para el proceso quirúrgico a cargo del Hospital serán:

guantes estériles, gasas, tapabocas, paquete ropa estéril, compresas, jeringas 1cc, 3cc, 5 cc, 10 cc, Venocath, equipos venoclisis, macrogoteo, hoja bisturí número 15, Gorro, polainas, aplicadores estériles, Medicamentos: adrenalina, dexametasona 8mg ampolla. Manitol al 20%; Insumos para limpieza, yodopovidona jabón y solución

Talento humano:

- Especialistas en oftalmología.
- Auxiliar de enfermería para digitación y toma de estudios oftalmológicos y apoyo administrativo.

CUPS a ofertar

CUPS	HOMOLOGO SOAT	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO CUPS/CUMS
88001	2230	Reparación de Herida en Ceja
88201	2230	Sutura Superficial de Herida Única de Parpado
103101	2305	Resección de Lesión o Tumor Benigno de Conjuntiva
103102	2306	Resección de Lesión o Tumor Benigno de Conjuntiva con Injerto
103104	2303	Resección de Pterigion (Nasal o Temporal) con Injerto

103105	2304	Resección de Pterigión Reproducido (Nasal o Temporal) con Injerto
121301	2721	Reducción de Hernia de Iris
128101	2644	Sutura de la Esclera [Esclerorrafia]
137002	2902	Inserción de Lente Intraocular en Cámara Anterior Fijado Al Iris
137003	2902	Inserción de Lente Intraocular en Cámara Posterior Sobre Restos Capsulares
137004	2902	Inserción de Lente Intraocular en Cámara Posterior Fijado Al Iris
137005	2902	Inserción de Lente Intraocular en Cámara Posterior Fijado a Esclera
138101	2906	Extracción de Lente Intraocular (Pseudocristalino) de Cámara Anterior o Posterior
890276	39143	Consulta de Primera Vez por Especialista en Oftalmología
890376	39143	Consulta de Control o de Seguimiento por Especialista en Oftalmología
81101	17208	Biopsia en Párpado
82101	2211	Resección De Chalazion Vía Anterior
82102	2211	Resección De Chalazion Vía Posterior
82301	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Parcial - Un Tercio
82302	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Parcial - Dos Tercios
82304	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Parcial - Mayor De Dos Tercios
82403	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Total - Un Tercio
82404	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Total - Dos Tercios
82405	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Total - Mayor De Dos Tercios
88202	2230	Sutura Superficial De Herida Múltiple De Párpado
88401	2230	Sutura Profunda De Herida única De Párpado
88402	2230	Sutura Profunda De Herida Múltiple De Párpado
103103	2302	Resección Simple De Pterigión (Nasal O Temporal)
103106	2311	Resección De Tumor Maligno De Conjuntiva Con Injerto
103107	2305	Resección De Tumor Maligno De Conjuntiva Sin Injerto
103108	2301	Peritomía Total
106101	2310	Sutura En La Conjuntiva
110001	28112	Extracción De Cuerpo Extraño Superficial En Cornea
110002	2602	Extracción De Cuerpo Extraño Profundo En Cornea
114101	2612	Resección De Tumor Benigno De Cornea
114102	2612	Resección De Tumor Maligno De Cornea
115306	2621	Sutura De Cornea
120001	2501	Extracción De Cuerpo Extraño Intraocular Del Segmento Anterior De Ojo
122101	2603	Paracentesis Diagnostica De Cámara Anterior Del Ojo
128401	2642	Resección De Tumor De La Esclerótica - Vía Abierta
129101	2601	Paracentesis Terapéutica De Cámara Anterior Del Ojo
130001	2903	Extracción Intracapsular De Cristalino
130002	2903	Extracción Extracapsular Manual De Cristalino
130003	2903	Extracción Extracapsular Asistida De Cristalino
137001	2906	Inserción De Lente Intraocular En Cámara Anterior De

 Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE NIÑOS	GESTIÓN JURIDICA		CÓDIGO: GJ-FR-045
			Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR		Vigente desde: 27/11/2025
			Página: 7 de 28

		Apoyo Angular
161101	2403	Extracción De Cuerpo Extraño En Orbita
890476	39140	Interconsulta Por Especialista En Oftalmología
952001	28123	Biometría Ocular
982101	28108	Extracción De Cuerpo Extraño Superficial De La Conjuntiva
982102	28112	Extracción De Cuerpo Extraño Superficial En Cornea O Esclerótica
99003	2143	Cierre De Puntos Lagrimales Asistido
94201	28105	Sondeo Y Lavado De Las Vías Lagrimales Vía Externa
121102	28133	Iridotomía Asistida
951901		Tomografía Óptica De Segmento Anterior
951902		Tomografía Óptica De Segmento Posterior
952501	28112	Paquimetría
950505	28130	Estudio De Campo Visual Central O Periférico Computarizado
950610	28119	Recuento De Células Endoteliales
951302	31117	Ecografía Ocular Modo A Y B
136505	28133	Capsulotomía Asistida
121401	2701	Iridectomía
121401	2701	Iridectomía laser
169003	28110	Inyección Subconjuntival De Sustancia Terapéutica
123202	2731	Lisis De Sinequias Anteriores
123203	2731	Lisis de sinequias posteriores
164002	2511	Enucleación con implante
121401	2701	Iridotomía laser
83803	2260	Cantoplastia
167101	N/A	Retiro de implante orbitario u ocular
163002	2511	Evisceración del globo ocular con implante
169006	N/A	Inyección intravítrea de sustancia terapéutica
83801	2262	Cantotomía
100101	28108	Extracción de cuerpo extraño subconjuntival
104002	2312	Reparación de simblefaron con injerto libre en conjuntiva
89104	2250	Ablación de pestañas (superior o inferior)
94101	2102	Extracción de cuerpo extraño del saco lagrimal
97201	2142	Plastia de punto lagrimal simple
111201	28111	Drenaje de colecciones en cornea
83802	2261	Cantorrafia
95001	2101	Drenaje del saco lagrimal
97101	2130	Plastia en canaliculos lagrimales
97301	2142	Plastia de punto lagrimal modificada con suturas
115801	N/A	Retiro de sutura en cornea
115307	2611	Queratectomía manual
115402	N/A	Recubrimiento de córnea con injerto
94401	28105	Intubación de vía lagrimal vía externa
951502	28118	Topografía corneal computarizada
951501	28118	Topografía corneal computarizada
890602	39132	Cuidado (manejo) intrahospitalario por medicina especializada
890502	39144	Participación en junta medica o equipo interdisciplinario

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURÍDICA		CÓDIGO: GJ-FR-045
			Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS		Vigente desde: 27/11/2025
	UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR		Página: 8 de 28

		por medicina especializada y caso (paciente)
		*demás procedimientos de oftalmología, que el Hospital contrate con los entes aseguradores durante la vigencia

*Trazabilidad de contratos del hospital y portafolio de servicio

Lo anterior siempre y cuando el contratista sustente y soporte adecuadamente en el reporte e historia clínica cada procedimiento y código al facturar por el Hospital con el fin de evitar objeciones, glosas y/o devoluciones; además se cumpla que los servicios prestados tengan el proceso de la previa autorización ante el ente asegurador

Para el pago, el CONTRATISTA deberá aportar la siguiente documentación:

1. Acta de inicio del contrato. (Primera cuenta).
2. Informe de Actividades con visto bueno de auditoría de cuentas médicas en el formato diseñado para esto.
3. Informe de supervisión.
4. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de acuerdo al periodo certificado.
5. Factura de acuerdo a las normas tributarias.
6. Documento que pruebe que se encuentra al día en el pago de Salud, Pensión y ARL, del mes que corresponde a la ejecución.
7. Afiliación ARL (Primera cuenta).

PARAGRAFO 1: El valor del contrato se cancelará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la radicación de la factura.

PARAGRAFO 2: En los contratos celebrados por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima Empresa Social del Estado, en caso de mora en el pago, esta se generará a partir de la solicitud que realice el contratista a la entidad y se cancelará solo un interés de mora del 0.1%

PARAGRAFO 3: El contratista deberá cumplir con las condiciones señaladas en la forma de pago.

PARAGRAFO 4: Por ningún motivo el contratista podrá presentar más de dos cobros o facturas, en un mismo mes.

PARAGRAFO 5: La factura deberá ser radicada según cronograma de la entidad.

VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANALISIS ECONOMICO JUSTIFICADO

El valor Estimado para la presente contratación es de:

El valor del contrato es de: **CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS \$400.000.000.00 MCTE.**

ESTUDIOS DE MERCADO

Para efectos del cálculo del presupuesto se realizó, el análisis de precios del mercado, indicando que los valores contemplados corresponden a los ofertados por diversos prestadores en la especialidad de Oftalmología, así como el histórico de las tarifas contratadas por el hospital y las frecuencias de procedimientos requeridos, teniendo en cuenta lo ejecutado durante la vigencia 2025. El valor promedio mensual proyectado se encuentra sujeto a los requerimientos de los pacientes y disponibilidad de los insumos en la institución.

GARANTIAS DEL CONTRATO:

	Tipo o Clase de Garantía	Cobertura o Niveles de Amparo	Valores	Vigencia
GARANTIAS DEL CONTRATO	Cumplimiento del contrato:	Para precaver los perjuicios que se deriven del incumplimiento de las obligaciones contractuales incluidas las multas y la cláusula penal que se pacten en el contrato.	Su cuantía será del diez por ciento (10%) del valor del contrato.	La garantía de cumplimiento del contrato debe tener una vigencia mínima hasta la liquidación del contrato.
	De pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización	cubrir a la entidad pública asegurada de los perjuicios que se le ocasionen como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista garantizado, frente al personal requerido para la ejecución del contrato amparado.	Su cuantía será de por lo menos el Cinco por ciento (5%) del valor del contrato.	Su vigencia igual al tiempo de duración del contrato y tres (3) años más
	Responsabilidad civil Extracontractual	para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato su cuantía se establecerá	Su cuantía será el equivalente a Doscientos Salarios Mensuales Mínimo Legales Vigentes (200 SMMLV)	La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato.
	Póliza de responsabilidad médica:	Para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato	Su cuantía será el equivalente a Doscientos Salarios Mensuales Mínimo Legales Vigentes (200 SMMLV)	Su vigencia corresponderá al plazo del contrato.
	Póliza de calidad del servicio:	Para precaver los perjuicios que se deriven de la falta de calidad en la ejecución de las actividades que se demuestren durante la ejecución del contrato o incluso después de este.	Su cuantía será del veinte por ciento (20%) del valor del contrato	Por el término del contrato y un (1) año más

OBLIGACIONES GENERALES:

Obligaciones del Contratista

1. Suscribir oportunamente el acta de inicio y el acta de liquidación del contrato, conjuntamente con el/la supervisor/a del mismo, cuando corresponda.
2. Entregar al supervisor los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, así como los informes y archivos a su cargo, requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo (Cuando aplique).
3. Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como, respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras, creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato.
4. Realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social, en proporción al

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURÍDICA		CÓDIGO: GJ-FR-045
			Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS		Vigente desde: 27/11/2025
	UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR		Página: 10 de 28

	<p>valor mensual del contrato, y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago para personas naturales. Cuando se trate de personas jurídicas. Entregar para cada pago, la certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, que acredite el cumplimiento del pago de aportes al sistema de seguridad social integral, parafiscales, ICBF, SENA y cajas de compensación familiar de los últimos seis (6) meses, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o aquella que lo modifique, adicione o complemente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Realizar el cargue de los documentos requeridos en la plataforma del SECOP II, respecto a la información de póliza, estampillas, documento equivalente y/o factura, informes de ejecución y terminación del contrato. 6. El objeto contractual deberá ejecutarse de conformidad con las finalidades y los principios de economía y transparencia, consagrados en la Ley 80 de 1993 y los postulados de la función administrativa consagrados en el artículo 209 de la Constitución Política. En desarrollo del objeto contractual el contratista se obliga a cumplir a cabalidad con las actividades que se describen en el contrato. 7. El contratista deberá tener en cuenta que las actividades descritas en su propuesta se prestarán bajo su exclusiva responsabilidad y, en consecuencia, deberá suministrar todos los recursos e implementos tendientes a lograr la adecuada, suficiente y eficiente prestación del servicio que se solicita. 8. Acatar la Constitución Política, la Ley, las normas legales y procedimentales establecidas por el Gobierno Nacional y municipal y demás normas pertinentes. 9. Responder por el pago de los tributos, tasas o contribuciones (estampillas) que se causen o llegaren a causarse por la celebración, ejecución y liquidación del contrato, cuando a esta hubiere lugar. 10. Reportar al funcionario encargado del control y supervisión de la ejecución del contrato, de manera inmediata cualquier novedad o anomalía que se presente. 11. Mantener a la Entidad libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes (si fueren autorizados). En consecuencia, EL CONTRATISTA mantendrá indemne a la Entidad contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros incluido el personal de la Entidad, ocasionados por EL CONTRATISTA o por sus subcontratistas o dependientes (si fueren autorizados) en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. 12. Presentar la factura o cuenta de cobro de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato, junto con el informe de las actividades realizadas para cada pago. 13. Tratar con amabilidad a los demás colaboradores internos y externos de la Entidad, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia. 14. Cumplir con las políticas y normas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas en el Decreto 1072 de 2015 y demás normatividad legal vigente. 15. Mantener actualizadas las vigencias y el monto de los amparos de las garantías expedidas con ocasión de la suscripción del Contrato, acorde con lo indicado en el ítem de GARANTÍAS, teniendo en consideración el plazo de ejecución, valor, modificaciones en valor y/o plazo, suspensiones, etc., que afecten su vigencia o monto cuando haya lugar. 16. Asistir con puntualidad a todas las capacitaciones, reuniones y comités citadas
--	---

 Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURIDICA		CÓDIGO: GJ-FR-045
			Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS		Vigente desde: 27/11/2025
	UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR		Página: 11 de 28

por el supervisor del contrato.

17. El contratista se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedarán a cargo del coordinador, administrador o contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato.

OBLIGACIONES GENERALES CONFORME AL OBJETO:

1. Utilizar y portar todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades y propender por el autocuidado de su salud y de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades.
2. El contratista debe desarrollar el contrato cumpliendo con los estándares de habilitación y calidad establecida en la normatividad legal vigente, so pena de dar por terminado el contrato en caso de no ser así.
3. Asistir y recibir capacitación en aspectos relacionados de su especialidad y administrativos, que respondan al direccionamiento estratégico institucional con el fin de mantenerse actualizado para la prestación del servicio con calidad.
4. Crear, actualizar, socializar, conocer y aplicar las guías de atención médica, establecidas en la institución, propias de la especialidad médica que soporte el actuar médico, la toma de decisiones y las conductas, dando soporte a la seguridad del paciente y calidad en la atención.
5. Teniendo en cuenta que la docencia y la investigación son ejes fundamentales del actuar de la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, EL CONTRATISTA se obliga a desarrollar el objeto del presente contrato permitiendo el desarrollo de las actividades docentes propias de los convenios docencia-servicio suscritos por EL CONTRATANTE sin que lo anterior implique delegar la responsabilidad asistencial a los internos y residentes, lo que está EXPRESAMENTE PROHIBIDO.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

ATENCION EN URGENCIAS, HOSPITALIZACION, UCI, CIRUGIA Y RECUPERACION Y CONSULTA AMBULATORIA

1. Gestión y respuesta de Interconsultas en Urgencias y servicios de Internación con disponibilidad de lunes a viernes. Dicha respuesta debe ser brindada con oportunidad, suficiencia y claridad, para apoyar el tratamiento integral de los pacientes.
2. Brindar atención al paciente hospitalizado de acuerdo a los procesos asistenciales establecidos en la institución; la revista en los servicios de internación médica debe realizarse antes de las 9 de la mañana.
3. Responder por la atención integral de los pacientes puestos a su cuidado, desde el ingreso hasta el egreso de su especialidad, para contribuir al mejoramiento de sus condiciones de salud.
4. Para la consulta externa en promedio 150 pacientes semanales y según la necesidad y demanda del servicio, la cual deberá certificar el Profesional

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURIDICA		CÓDIGO: GJ-FR-045
			Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS		Vigente desde: 27/11/2025
	UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR		Página: 12 de 28

	<p>Especializado Área Salud de la Unidad Funcional Ambulatorios.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Si al ser valorado el paciente, éste es candidato para procedimiento quirúrgico, el especialista debe generar la solicitud del procedimiento quirúrgico en tiempo real. 6. Realizar el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos o tratamientos que lo requieran. 7. Realizar procedimientos de Oftalmología Adulto en quirófano, realizando seguimiento y respectivo control postoperatorio. 8. Mantener comunicación con usuarios, familia y equipo de salud sobre el estado de salud del paciente y el plan de atención, para lograr la adherencia al tratamiento. 9. El contratista debe diligenciar todos los registros de su competencia sobre la atención (físicos o electrónicos). Será responsable de la evolución diaria y escrita del paciente a cargo de la especialidad, durante todo el tiempo de su estancia, de las órdenes médicas, de la solicitud, registro e interpretación de los exámenes paraclínicos y de la epicrisis en el SOFTWARE INSTITUCIONAL DINÁMICA GERENCIAL, cumpliendo con las normas sobre manejo de la historia, documentos clínicos y sobre la confidencialidad de la información o el secreto profesional, para tener documentado el proceso asistencial. 10. En lo que le corresponda a la Historia Clínica de un paciente, ésta debe ser el reflejo exacto y completo de las condiciones de salud de aquel, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 1.995 del año 1.999, expedida por el Ministerio de la Protección Social y las demás normas que regulen la materia, por lo cual el contratista se obliga a elaborar una Historia Clínica que reúna las siguientes características: COMPLETA: Esto es que contenga la totalidad de la información relevante sobre los antecedentes del paciente, diagnóstico, tratamiento y en general que se consigne de manera clara e integra la información que requiere un profesional de la medicina para conocer y atender en forma adecuada a una persona. COHERENTE: La Historia Clínica es un documento que elaboran varias personas a lo largo del tiempo. El contratista entiende que cada anotación es un elemento integrante de un todo y se obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite elementos importantes a las siguientes. SUSTENTADA: La Historia Clínica debe estar soportada en estudios científicos. 11. Realizar la debida clasificación y diligenciamiento en la historia clínica y demás herramientas que disponga la entidad para la clasificación de CIE-10 y la codificación CUPS. La presente obligación será medida con el fin de garantizar la calidad de la información para el cumplimiento de los objetivos en el proceso de la radicación de las facturas de reconocimiento y pago de los servicios prestados por parte de las diferentes EAPB. 12. El contratista acepta conocer que el ejercicio de la profesión médica está enmarcado dentro de unos criterios científicos generalmente aceptados y apartarse injustificadamente de ellos puede ser un indicio en contra de la diligencia e idoneidad del profesional. 13. Asistir a las reuniones programadas por la institución, incluyendo comités de infecciones, revisiones de caso, comités de morbimortalidad, complicaciones quirúrgicas y anestésicas. 14. Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el Hospital cuenta con firma digital, por lo tanto, todo médico especialista y cada debe registrar su firma en el área de sistemas, solo a través de este procedimiento se puede
--	--

	<p>firmar la historia clínica. Esto da a la historia clínica el carácter de documento privado, identifica el autor de cada anotación y precisa el momento en que cada profesional interviene. Es responsabilidad del contratista el manejo y confidencialidad de su clave y es responsable por el uso indebido por parte de terceras personas a quien le sea dada a conocer la clave por el contratista.</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Registrar la firma del talento humano con que preste los servicios en el área de sistemas, para efectos de diligenciamiento de la historia clínica. Es responsabilidad del contratista el manejo y confidencialidad de su clave y de igual forma será responsable por el uso indebido por parte de terceras personas a quien le sea dada a conocer la clave por el contratista 16. Desarrollar las actividades según la agenda definida previamente, garantizando el cumplimiento de los estándares de productividad mínima. El incumplimiento de esta generará la no cancelación de las actividades no realizadas y si el incumplimiento es reiterativo se impondrán las multas que se encuentren en el contrato. 17. Reportar en los formatos establecidos para tal fin, los incidentes o eventos adversos que identifique durante su trabajo en la institución y participar en los análisis y elaboración de los planes de mejoramiento cuando sea necesario. 18. Reportar al coordinador de la Unidad Funcional las necesidades de recursos, con el soporte técnico científico, con el objeto de garantizar la oportunidad y continuidad del servicio. 19. Custodiar los elementos, materiales y equipos asignados a su área, con el fin de lograr el uso racional de los mismos. 20. Emitir conceptos o peritajes medicolegales y asistir a las citas relacionadas con responsabilidad médica, con el fin de cumplir con las obligaciones como auxiliar de la justicia. 21. Participar en el desarrollo de los planes, programas y proyectos de su unidad funcional y especialidad, para contribuir al cumplimiento de la plataforma estratégica institucional. 22. Realizar vigilancia epidemiológica para prevenir riesgos en salud y elaborar adecuada y oportunamente los instrumentos establecidos, cuando sea necesario, con el fin de facilitar las intervenciones de salud pública. 23. Participar en comités y grupos en los que haya sido incluido para el desarrollo de la plataforma estratégica. 24. Cumplir y hacer cumplir todas las normas de bioética y ética establecidas, para garantizar el respeto de los derechos de los pacientes y el ejercicio responsable de la profesión. 25. Conocer y aplicar los elementos del Modelo Estándar de Control Interno o del Modelo Integral de Planeación y Gestión y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que integran el Sistema de Gestión del Hospital "SIG" y en general todas las normas y reglamentos ejerciendo autocontrol, autogestión y auto regulación, en todas las actividades que se realicen durante el desarrollo del objeto contractual. 26. Para desarrollar los procesos deberá tenerse en cuenta las normas, reglamentos, políticas, protocolos y procedimientos definidos por la Institución. 27. Dar respuesta a los requerimientos hechos por el supervisor para entregar la información periódica, solicitada, con calidad y oportunidad; en caso de no obtener respuesta se considera incumplimiento del objeto del contrato. 28. Portar el carné de identificación; los costos de estos los asume el contratista, en caso de no usarlos, se considera incumplimiento del contrato.
--	--

29. En caso de disminución en la demanda de servicios, daños estructurales o mejoras de las mismas, o cualquier otra novedad que disminuya la capacidad instalada en el momento de la prestación del servicio, la Institución informará en un plazo no menor a un (1) día calendario, la no necesidad del servicio, notificándole telefónicamente y/o vía electrónica y solo se pagaran las horas efectivas ejecutadas durante el desarrollo de las actividades del objeto contractual.
30. En caso de incumplimiento reiterativo del objeto contractual debidamente documentado por el supervisor del contrato, el Hospital podrá de manera unilateral dar por terminado el respectivo vínculo contractual.
31. Actuar con honestidad, responsabilidad, amabilidad, disciplina y excelente atención al paciente hospitalizado, médicos internos y residentes y demás personal de institución. El maltrato físico o verbal a cualquier persona será causa de terminación unilateral del contrato.
32. Brindar debida respuesta a los requerimientos efectuados por los entes de control, por entidades y/o personas que así lo soliciten.
33. Estar a paz y salvo con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral. El salario base de cotización con el cual debe realizar el aporte mensual como trabajador independiente, deberá corresponder como mínimo al 40% del valor facturado al hospital en el respectivo mes. En el caso de personas jurídicas se deberá anexar la planilla de pago de nómina del correspondiente mes; en caso de no tener empleados se aportará la certificación del contador donde conste que se encuentra al día en el pago de la seguridad social en cumplimiento del de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007.
34. Desarrollo, implementación y seguimiento del Plan de Mejoramiento y plan de Acción en todas las Dependencias de la Entidad.
35. Enviar de forma periódica (semanal) la relación de los procedimientos ejecutados para su respectiva auditoría y aval.
36. Presentar las facturas con la respectiva seguridad social dentro del mes a facturar, según fechas acordadas por las áreas de contabilidad y presupuesto.
37. Cuando se identifique que durante la auditoría de la cuenta hubo un mayor valor cobrado pagado al especialista, se descontará la diferencia de los honorarios.
38. Todas estas actividades se desarrollarán de acuerdo a el procedimiento de recobro y tendrá en cuenta los siguientes aspectos: Cuando la glosa sea por no pertinencia demostrada, se glosará el total de los honorarios de la misma. Cuando la glosa sea por condiciones del manual contratado, como mayor valor cobrado, se descontará al CONTRATISTA la diferencia entre el mayor valor cobrado y el valor reconocido por los honorarios. En general aplican las condiciones del manual contratado, se aplicará el 100% de la glosa de honorarios en lo que exceda en relación con el valor facturado por el CONTRATISTA. Para las demás causas de glosa se aplicará si supera el 2% de la facturación.
39. La respuesta de la glosa de pertinencia deberá ir sustentada en las guías de manejo integral del Hospital.
40. Informar con la debida antelación en caso de no poder cumplir con alguna agenda por situaciones programadas y programables (congresos, viajes, vacaciones con un mes de anticipación; y las urgencias en el momento en que susciten)

Obligaciones de la E.S.E.	<ul style="list-style-type: none">• Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato• Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley• Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte.																																								
Plazo de liquidación del contrato	El término de que disponen las partes para liquidar los contratos de mutuo acuerdo, será de cuatro (4) meses contados a partir de la finalización del plazo de ejecución señalado en el mismo, de no realizarse dentro del término previsto se aplicará a lo dispuesto en el Estatuto de contratación. Igualmente debe tenerse en cuenta que para aquellos de ejecución instantánea no se requiere la liquidación de contrato, conforme lo dispone a la normatividad vigente.																																								
Fundamentos Jurídicos de Modalidad de Selección	<p>El marco legal del proceso de selección y de las obligaciones que se deriven de su adjudicación, está conformado por la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por el estatuto de contratación de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, las normas orgánicas de presupuesto, las disposiciones cambiarias, y las demás normas concordantes con la materia, que rijan y lleguen a regir los aspectos del presente proceso de selección. Conforme a lo dispuesto en el Manual de Contratación, la modalidad de selección es Contratación Directa.</p> <p>Para el caso de selección directa se tendrá en cuenta lo establecido en el Manual de contratación del hospital, en el numeral 7.2 CAPÍTULO VI DE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN EN LOS QUE LA ENTIDAD ACTÚA COMO OFERENTE Y CONTRATISTA en el inciso 7.4.7 Contratación directa B) SIN IMPORTAR CUANTÍA, numeral 10) Para la contratación de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales</p>																																								
Justificación de los factores de selección	Teniendo en cuenta la modalidad de contratación el Hospital invitará a presentar oferta a persona determinada que cumpla con las condiciones requeridas según el objeto y las obligaciones contractuales y cuya propuesta no sea superior al presupuesto oficial.																																								
Condiciones de cumplimiento para la contratación.	<ul style="list-style-type: none">• Médico Especialista en Oftalmología. Título otorgado por universidad oficialmente reconocida o validado por el Ministerio de educación.• Experiencia certificada mínima de 1 año en el ejercicio de la especialidad de Oftalmología.• Tarjeta Profesional Vigente.• Auxiliar de Enfermería con experiencia certificada mínima de 6 meses relacionada con atención de pacientes de la especialidad																																								
Estimación, tipificación y asignación de riesgos previsible	<p>El Hospital Federico Lleras identifica los siguientes riesgos asociados al proceso de contratación:</p> <table><tr><th>CLASE</th><th>FUENTE</th><th>ETAPA</th><th>TIPO</th><th>PROBABILIDAD</th><th>VALORACION PROBABILIDAD</th><th>IMPACTO</th><th>VALORACIÓN IMPACTO</th></tr><tr><td>General</td><td>Interno</td><td>Planeación</td><td>Económicos</td><td>Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)</td><td>1</td><td>Insignificante</td><td>1</td></tr><tr><td>Específico</td><td>Externo</td><td>Selección</td><td>Sociales o Políticos</td><td>Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)</td><td>2</td><td>Menor</td><td>2</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Contratación</td><td>Operacionales</td><td>Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)</td><td>3</td><td>Moderado</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Ejecución</td><td>Financieros</td><td>Probable (Probablemente va a ocurrir)</td><td>4</td><td>Mayor</td><td>4</td></tr></table>	CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	PROBABILIDAD	VALORACION PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACIÓN IMPACTO	General	Interno	Planeación	Económicos	Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	Insignificante	1	Específico	Externo	Selección	Sociales o Políticos	Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	Menor	2			Contratación	Operacionales	Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	Moderado	3			Ejecución	Financieros	Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	Mayor	4
CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	PROBABILIDAD	VALORACION PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACIÓN IMPACTO																																		
General	Interno	Planeación	Económicos	Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	Insignificante	1																																		
Específico	Externo	Selección	Sociales o Políticos	Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	Menor	2																																		
		Contratación	Operacionales	Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	Moderado	3																																		
		Ejecución	Financieros	Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	Mayor	4																																		



**Federico
Lleras Acosta**
EL HOSPITAL DE TODOS

GESTIÓN JURIDICA

CÓDIGO: GJ-FR-045

Versión: 09

Vigente desde:
27/11/2025

Página: 16 de 28

FORMATO ESTUDIOS PREVIOS UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR

	Regulatorios	Casi Cierta (Ocurre en la mayoría de circunstancias)	5	Catastrófico	5
	De la Naturaleza				
	Ambientales				
	Tecnológicos				

Categoría	Valoración	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		1	2	3	4	5
Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	2	3	4	5	6
Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	3	4	5	6	7
Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	4	5	6	7	8
Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	5	6	7	8	9
Casi Cierta (Ocurre en la mayoría de circunstancias)	5	6	7	8	9	10

Categoría	Valoración	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		1	2	3	4	5
Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto
Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo
Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Casi Cierta (Ocurre en la mayoría de circunstancias)	5	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo

Posteriormente, se identifican y describen los riesgos, según el tipo y la etapa del proceso de contratación en la que ocurre. Luego, se evalúan los riesgos teniendo en cuenta su impacto y su probabilidad de ocurrencia y finalmente, se establece un orden de prioridad teniendo en cuenta los controles existentes y el contexto de los mismos.

MECANISMOS DE COBERTURA:

De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 1150 de 2007, antes de efectuar la contratación la dependencia debe realizar una valoración de los riesgos que esta implica.

DEFINICIONES:

Calle 33 N°4ª-50 B/ La Francia. Página Web: www.hflleracosta.gov.co

UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR

Página 16 de 28

Para los efectos del presente proceso de selección, se entenderán las siguientes categorías de riesgo:

Riesgo Previsible: Son los posibles hechos o circunstancias que por la naturaleza del contrato y de la actividad a ejecutar es factible su ocurrencia.

Riesgo Imprevisible: Son aquellos hechos o circunstancias donde no es factible su previsión, es decir el acontecimiento de su ocurrencia, tales como desastres naturales, actos terroristas, guerra o eventos que alteren el orden público.

Tipificación del Riesgo: Es la enunciación que se hace de aquellos hechos previsibles constitutivos de riesgo que, en criterio del HOSPITAL FEDERICO LLERAS, pueden presentarse durante y con ocasión de la ejecución del contrato.

Asignación del Riesgo: Es el señalamiento que hace HOSPITAL FEDERICO LLERAS, de la parte contractual que deberá soportar total o parcialmente la ocurrencia de la circunstancia tipificada, asumiendo su costo.

Es importante señalar que los riesgos previsibles son aquellos que no están cubiertos por las garantías que amparan el cumplimiento, la calidad y cuando haya lugar la responsabilidad extracontractual de los contratos, por lo tanto, NO SON RIESGOS PREVISIBLES, el incumplimiento, la responsabilidad extracontractual, la teoría de la imprevisión, las inhabilidades e incompatibilidades y los aspectos administrativos internos.

HOSPITAL FEDERICO LLERAS, identificó para el presente proceso de contratación los riesgos que se relacionan en la siguiente tabla:

No.	Clase	Fuente	Etapas	Tipo	DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad
1	General	Interno	Ejecución	Operacional	Ocurre cuando se presentan demoras por parte de la Entidad en las aprobaciones previas de los productos y/o informes desarrollados por el contratista.	Afecta el cumplimiento de las obligaciones del contratante a cargo del Supervisor del contrato, relacionadas con la aprobación de productos y/o informes, y genera retraso en el trámite de pago a favor del contratista.	Moderado	Moderado	Medio	Media
2	General	Interno	Contratación	Financiero	Se presenta cuando la entidad no cuenta con los recursos para pagar el valor del contrato en los plazos establecidos.	Genera mora de la entidad en el pago que puede afectar al contratista, hasta el punto de romper la ecuación económica del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja

3	General	Externa	Ejecución	Regulatorio	Se presenta por la expedición de normas que impongan nuevos tributos, impuestos o cargas parafiscales, que pueden afectar el equilibrio económico del contrato.	Genera una carga adicional a las previstas, que puede afectar a cualquiera o a las dos partes del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja
4	General	Externa	Ejecución	Financieros	Los efectos derivados de las variaciones en los precios de mercado de los elementos a suministrar.	Afecta la entrega oportuna de los elementos objeto de compra	Probable	Alto	Alto	Alto

Forma de Mitigarlo:

No.	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento			¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Monitoreo y revisión	
			Probabilidad	Impacto	Calificación Total			¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	Aplicación de las disposiciones legales y ajuste de los procesos internos de la entidad.	Raro	Insignificante	Baja	No	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	Cumplimiento de procedimientos y fechas pactadas de entrega.	Permanente
2	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	El supervisor informará de manera oportuna fechas previstas de pagos, para programación de los recursos.	Raro	Insignificante	Baja	No	Supervisor – Contratista	Seguimiento a la ejecución del contrato y entrega oportuna de la documentación requerida.	Permanente
3	CONTRATISTA	El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta.	Raro	Insignificante	Baja	No	Contratista	Validación régimen de impuestos.	Al elaborar la propuesta

 Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL FEDERICO</small>	GESTIÓN JURIDICA		CÓDIGO: GJ-FR-045
			Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS		Vigente desde: 27/11/2025
	UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR		Página: 19 de 28

	4	CONTRATISTA	El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta.	Raro	Alto	Alto	No	Contratista	Verificación de los precios unitarios ofrecidos acorde con el movimiento del mercado en 1 año.	Al elaborar la propuesta
--	---	-------------	---	------	------	------	----	-------------	--	--------------------------

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN FINANCIERA

Soporte técnico y económico del valor estimado del contrato

Variables consideradas para calcular el presupuesto oficial	Los valores asignados para este tipo de contratación son de acuerdo a la proyección presupuestal para la vigencia fiscal 2026.
Aspectos a considerar en el valor de la Propuesta	El valor de la propuesta deberá incluir el ítem más el valor del IVA para quienes estén obligados y con las consideraciones de valor de los bienes y elementos a contratar, así como los descuentos de ley establecidos en la ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ. Se entiende que los bienes o servicios suministrados cumplen con las normas vigentes nacionales y las internacionales que para tal caso rigen.
Informes y evaluación:	<p>El futuro contratista deberá presentar informes en los que dé cuenta de las actividades desarrolladas, con la siguiente periodicidad: mensuales, los cuales deben estar aprobados por el supervisor del contrato.</p> <p>La Entidad Estatal contratante se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, informes sobre la ejecución del contrato y los avances, junto con los documentos que lo soportan.</p> <p>La Entidad Estatal contratante evaluará periódicamente el desempeño del Contratista durante el desarrollo del objeto contractual, con arreglo a los criterios de evaluación que haya aprobado para el efecto.</p>
Declaraciones del contratista	<p>El futuro contratista hace las siguientes declaraciones:</p> <p>Conoce y acepta los Documentos del Proceso</p> <p>Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.</p> <p>Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato.</p> <p>Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad.</p>

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURÍDICA	CÓDIGO: GJ-FR-045
		Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR	Vigente desde: 27/11/2025 Página: 20 de 28

	<p>Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente.</p> <p>El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato.</p> <p>El contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.</p> <p>El contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños.</p> <p>El contratista autoriza al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, verificar los títulos y demás documentos presentados en la oferta.</p>
Responsabilidad:	El Contratista será responsable por el cumplimiento del objeto contractual y será responsable por los daños que ocasionen sus empleados, los empleados de sus subcontratistas, al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE DE IBAGUE TOLIMA en la ejecución del objeto Contractual.
Propiedad Intelectual:	Si de la ejecución del futuro contrato resultan, estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a Hospital Federico Lleras Acosta de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982 y demás normas que modifiquen, adicionen o aclaren. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados a Hospital Federico Lleras Acosta por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros.
Confidencialidad	En caso de que exista información sujeta a reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. Para el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, la Historia Clínica de los Pacientes gozan de Reserva Legal.
Terminación, modificación unilateral e interpretación del	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DEL TERROR</small>	GESTIÓN JURIDICA		CÓDIGO: GJ-FR-045
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR		Versión: 09
			Vigente desde: 27/11/2025
			Página: 21 de 28

Contrato:	<p>Contrato, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato.</p> <p>Terminación anticipada del contrato: Procede por: a. Por mutuo acuerdo entre las partes. b. Por declaratoria de caducidad del contrato por parte del CONTRATANTE en la forma y en los efectos previstos en el art 18 de la ley 80 de 1993. c. Por decisión autónoma de cualquiera de las partes en cualquier tiempo, dando aviso por escrito a la otra con por lo menos treinta (30) días de anticipación. d. Por evaluación no satisfactoria del CONTRATISTA. e. El reporte del contratista en la listas nacionales e internacionales que establecen la relación de personas que de acuerdo al organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo.</p> <p>Modificación concertada: Cualquier decisión que modifique la relación contractual inicialmente pactada, no será válida sin la aprobación conjunta y por escrito de las partes contratantes</p> <p>Suspensión temporal del contrato: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la vigencia del contrato mediante la suscripción de un acta en donde conste el evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. Cuando estas circunstancias afecten las obligaciones del Contratista para ser aceptadas, este deberá comunicarlo por escrito al contratante dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del hecho con la debida comprobación. Se entiende por fuerza mayor o caso fortuito las situaciones contempladas y definidas por el art 1 de la ley 95 de 1890</p>
Multas	En caso de incumplimiento parcial al objeto del contrato y obligaciones se aplicará las multas diarias y sucesivas hasta por diez (10) días equivalente al 0.2% del valor total del contrato; las cuales deben aplicarse antes de la terminación del plazo de ejecución de este último.
Caducidad	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, se reserva el derecho de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios administrativos profesionales, conforme a los estipulado en el art 18 de la ley 80 de 1993
Cláusula Penal	Las partes contratantes convienen pactar como sanción pecuniaria el equivalente al 10% del valor estipulado en el contrato; en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE para que descuente el valor de la sanción pecuniaria del saldo que tenga el contratante a favor del CONTRATISTA
Independencia del Contratista	Como la prestación del servicio por ejecutar se desarrolla con autonomía e independencia del CONTRATISTA la celebración

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURIDICA	CÓDIGO: GJ-FR-045
		Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR	Vigente desde: 27/11/2025 Página: 22 de 28

	<p>del presente contrato no constituye relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y aquel, por consiguiente, no genera derechos, emolumentos o prestaciones pecuniarias distintas de las pactadas en la cláusula séptima del presente contrato. EL CONTRATISTA actúa de manera autónoma e independiente y no tiene vínculos laborales con EL HOSPITAL, garantizando la prestación de servicios objeto del presente contrato por sus propios medios, asumiendo sus propios riesgos, con plena libertad y autonomía técnica y directiva. En consecuencia, no está subordinado al HOSPITAL, por tal razón las personas que llegue a designar y/o contratar para la ejecución del presente contrato actúan bajo su exclusiva dirección y responsabilidad, estando a su cargo la totalidad de los salarios, prestaciones sociales, servicios y demás cargas laborales que pudieren generarse, así como todos los demás gastos en que incurra en ejecución del presente acuerdo.</p>
Cesión	<p>El Contratista no puede ceder parcial ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente Contrato sin la autorización previa y por escrito de Hospital Federico Lleras Acosta. Si el Contratista es objeto de fusión, escisión o cambio de control Hospital Federico Lleras Acosta contratante está facultada a conocer las condiciones de esa operación. En consecuencia, el Contratista se obliga a informar oportunamente a Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE contratante de la misma y solicitar su consentimiento. Si la operación pone en riesgo el cumplimiento del Contrato, Hospital Federico Lleras Acosta exigirá al Contratista, sus socios o accionistas una garantía adicional a la prevista en el contrato. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE puede válidamente oponerse ante la autoridad correspondiente a la operación de fusión o escisión empresarial o cambio de control. El Contratista no podrá ceder parcial o totalmente el contrato sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la entidad CONTRATANTE</p>
Indemnidad	<p>El Contratista se obliga a indemnizar al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ, con ocasión de la violación o el incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente Contrato. El Contratista se obliga a mantener indemne a Hospital Federico Lleras Acosta de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones hasta por el monto del daño o perjuicio causado. El Contratista mantendrá indemne a Hospital Federico Lleras Acosta por cualquier obligación de carácter laboral o relacionado que se originen en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el Contratista asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato.</p>
Caso Fortuito y Fuerza Mayor	<p>Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la</p>

 Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURIDICA		CÓDIGO: GJ-FR-045
			Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS		Vigente desde: 27/11/2025
	UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR		Página: 23 de 28

	demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana.
Solución de Controversias	Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y la Entidad Estatal contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del Contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente Contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se resolverán mediante: Conciliación: Cuando la controversia no pueda arreglarse de manera directa debe someterse a un procedimiento conciliatorio que se surtirá ante el centro de conciliación de la ciudad de Ibagué, previa solicitud de conciliación elevada individual o conjuntamente por las Partes. Si en el término de ocho (8) días hábiles a partir del inicio del trámite de la conciliación, el cual se entenderá a partir de la fecha de la primera citación a las Partes que haga el centro de conciliación, las Partes no llegan a un acuerdo para resolver sus diferencias, deben acudir a la jurisdicción contencioso administrativa.
Notificaciones	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del Contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregados personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones respectivas establecidas en el SECOP II.
Supervisión	La Supervisión del presente contrato estará a cargo de Profesional Especializado Área Salud .Internación Médica Limonar o quien haga sus veces de la entidad CONTRATANTE, quien deberá controlar su ejecución y cumplimiento, conforme los deberes y obligaciones impuestos en virtud de la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción) y del Manual de Supervisión e Interventoría del Hospital. Adicionalmente a esta, informarán al CONTRATISTA sobre las actividades a desarrollar de acuerdo con el objeto contratado. Hacer recomendaciones y sugerencias que puedan surgir en la ejecución del mismo y en general ser intermediario entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. PARÁGRAFO: La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratista a favor del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, deberá presentar informes mensuales que contengan la descripción de las actividades efectivamente ejecutadas
Reclamos	Los reclamos que las partes contratantes consideren pertinentes a deberán presentarse por escrito, recibida la reclamación, la parte requerida deberá pronunciarse dentro de los dos (2) días

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURIDICA	CÓDIGO: GJ-FR-045
		Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR	Vigente desde: 27/11/2025 Página: 24 de 28

	siguientes al recibo de la misma; y si guarda silencio se entenderá que la reclamación fue aceptada o aprobada.
Legislación	El presente contrato se regirá por lo dispuesto en el Manual de Contratación de la Entidad, para lo de su fin se tendrán en cuenta las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las cláusulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, teniendo en claro que el Hospital tiene un régimen de contratación especial.
Auditoria	La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorias en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP) (ARL) (EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Conviene las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista.
Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT	1) EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. 2) EL CONTRATISTA, se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, provengan, de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo. 3) En todo caso, si durante el plazo de vigencia del contrato, EL CONTRATISTA, algunos de sus administradores, socios o administradores llegaren a ser (I) vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo, (II) Incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o (III) Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial

	<p>relacionado con la comisión de los anteriores delitos ; o IV) llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos, EL CONTRATANTE tiene el derecho de terminar unilateralmente el contrato sin que por este hecho esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a EL CONTRATISTA. 4) De la misma forma, EL CONTRATISTA, declara que los recursos que incorpora para el desarrollo del Objeto contractual, proceden de actividades completamente lícitas. 5) EL CONTRATISTA, se obliga expresamente a entregar a EL CONTRATANTE, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que EL CONTRATANTE requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula, EL CONTRATANTE tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica surgida. 6) EL CONTRATISTA, manifiesta que conforme a lo anterior autoriza al Contratante la consulta y verificación en cualquier base de datos, listas restrictivas y públicas.</p>								
Gastos	Los gastos que ocasione la legalización del contrato este a cargo del Contratista.								
Publicación	Conforme lo estatuido en el Decreto 019 de 2012, la contratación de la E.S.E., deberá ser publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública-SECOP II - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente.								
Domicilio Contractual	Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué.								
Estampillas	<p>Conforme a lo dispuesto en los artículos 174 y siguientes del Estatuto de Rentas, deberá realizar el pago de las siguientes estampillas como requisito de legalización del Contrato:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CARGA TRIBUTARIA DEPARTAMENTAL</th><th>TARIFA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PROCULTURA</td><td>1,00%</td></tr> <tr> <td>PROELECTRIFICADORA</td><td>0,50%</td></tr> <tr> <td>PROHOSPITALES</td><td>1,00%</td></tr> </tbody> </table> <p>Igualmente, en virtud a lo dispuesto en el Capítulo VIII "Tasa Pro Deporte y Recreación", del Estatuto de Rentas, será sujeto pasivo de esta tasa la cual tiene una tarifa de 2,00% del valor total del contrato.</p>	CARGA TRIBUTARIA DEPARTAMENTAL	TARIFA	PROCULTURA	1,00%	PROELECTRIFICADORA	0,50%	PROHOSPITALES	1,00%
CARGA TRIBUTARIA DEPARTAMENTAL	TARIFA								
PROCULTURA	1,00%								
PROELECTRIFICADORA	0,50%								
PROHOSPITALES	1,00%								

	GESTIÓN JURÍDICA	CÓDIGO: GJ-FR-045
		Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR	Vigente desde: 27/11/2025 Página: 26 de 28

<p>Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.</p>	DOCUMENTOS PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL	
	Nº	DOCUMENTOS
	ETAPA PRECONTRACTUAL	
	1	PROPUESTA
	2	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP
	3	CERTIFICADOS DE ESTUDIOS (Títulos y certificaciones de educación formal y no formal) - Copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado
	4	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL
	5	COPIA DE LA RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL
	6	TARJETA PROFESIONAL (Copia del certificado o la tarjeta de inscripción ante la Secretaría Departamental del Tolima)
	7	ENTRENAMIENTO CERTIFICADO PARA EL SERVICIO QUE LABORE SEGÚN EL REQUERIMIENTO DE LA NORMA
	8	SOPORTE VITAL AVANZADO - VENCIMIENTO 2 AÑOS
	09	ACLS (apoyo vital cardiovascular) y ATLS (apoyo vital traumatológico avanzado) para los médicos de urgencias-FECHA DE VENCIMIENTO-2 años-ATLS-PALS-NALS
	10	Reanimación avanzada pediátrica PALS (apoyo vital pediátrico avanzado) para enfermeras y médicos de UCI Pediátrico-FECHA DE VENCIMIENTO-2 años-PALS
	11	Reanimación avanzada neonatal NALS para enfermeras y médicos de UCI Neonatal - FECHA DE VENCIMIENTO-2 años-NALS
	12	certificado formación en sedación (médicos generales y especialistas USM)
	13	ANTECEDENTES PROFESIONALES
	14	ACTA DE COMPROMISO CÓDIGO DE ÉTICA
	15	CERTIFICACIÓN SOCIALIZACIÓN CÓDIGO DE ÉTICA
	16	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN TÍTULOS
	17	VERIFICACIÓN RETHUS
	18	ENTRENAMIENTO UCI- (Médico UCI)
	19	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (Especialistas UCI)
	20	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VICITMAS VIOLENCIA - (Médicos Generales y Especialistas)
	21	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACIÓN MILITAR DEFINIDA
	22	DOS (2) FOTOCOPIA DE LA CÉDULA AL 150%
	23	RUT ACTUALIZADO

 Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURÍDICA		CÓDIGO: GJ-FR-045
			Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PRÉVIOS UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR		Vigente desde: 27/11/2025
			Página: 27 de 28

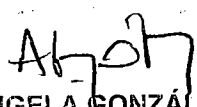
16

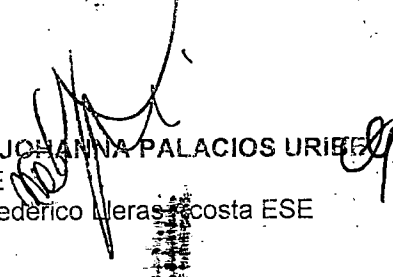
	24	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA - MAX 30 DIAS
	25	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA-MAX 30 DIAS
	26	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA-MAX 30 DIAS
	27	PLANILLA DEL ULTIMO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL
	28	DOS (2) CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS
	29	DOS (2) CERTIFICADO AFILIACION A FONDO DE PENSION
	30	DOS (2) CERTIFICADO DE AFILIACION A ARL
	31	CERTIFICADO CUENTA BANCARIA
	32	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS - VENCIMIENTO 10 AÑOS
	33	CERTIFICADO VACUNA TETANO - VENCIMIENTO 10 AÑOS
	34	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L-VENCIMIENTO 5 AÑOS
	35	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O FORMATO QUE CERTIFIQUE QUE LA ADQUIRIRIO
	36	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
	37	TARJETA PROFESIONAL Y CARNET DE PROTECCION RADIOLOGICA (medicos y tecnico en imágenes)
	38	CERTIFICADO EXPOSICION IONIZANTES (RADIOLOGOS)
	39	FORMATO DE BIENES Y RENTAS
	40	FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTES (VoBo PLANEACION)
	41	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL
	42	CERTIFICADO DE IDONEIDAD
	43	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC-CONSULTAR EN https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx
	44	POLIZAS (CUMPLIMIENTO-RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL- RESPONSABILIDAD MEDICA PROFESIONAL) APROBADAS
	45	DOS (2) FORMATO AFILIACION ARL - RECIBIDO TALENTO HUMANO
	46	DOS (2) FORMATO SIGEP
	47	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD
	48	ACEPTACIÓN DE MANEJO EN BASE DE DATOS
	DOCUMENTOS REQUERIDOS PERSONA JURIDICA	
	ETAPA PRECONTRACTUAL	1 PROPUESTA
		2 HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP DEL REPRESENTANTE LEGAL
		3 FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%
		4 RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (INFERIOR 1 AÑO)
		5 ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL- MAX 30 DIAS

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURÍDICA	CÓDIGO: GJ-FR-045
		Versión: 09
	FORMATO ESTUDIOS PREVIOS UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA LIMONAR	Vigente desde: 27/11/2025 Página: 28 de 28

	6	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA REPRESENTANTE LEGA-MAX 30 DÍAS
	7	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA REPRESENTANTE LEGAL-MAX 30 DÍAS
	8	RUT DE LA EMPRESA
	9	CÁMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA - MAX 30 DÍAS
	10	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA DE LA EMPRESA-MAX 30 DÍAS
	11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA DE LA EMPRESA-MAX 30 DÍAS
	12	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION
	13	SOPORTES-ANTECEDENTES
	14	PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA
	15	BIENES Y RENTAS
	16	CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
	17	INEXISTENCIA DE PERSONAL
	18	CERTIFICAD DE IDONEIDAD
	19	VERIFICACION DE TITULOS
	20	CARTA DE ACEPTACION
	21	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD
	22	ACEPTACION DE MANEJO EN BASE DE DATOS

Responsable:


LUZ ANGELA GONZÁLEZ BELTRÁN
 Profesional Especializado Área Salud
 Unidad Funcional Internación Médica Limonar
 Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESEGG


MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
 GERENTE
 Hospital Federico Lleras Acosta ESE

 Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: GF-FR-066
	FORMATO SOLICITUD CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	Versión: 03
		Vigente desde: 30/06/2023
		Página: 1 de 1

Fecha: Ibagué,

28 ENE 2026

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01

Nombre Rubro Presupuestal: SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS

Valor: \$400.000.000

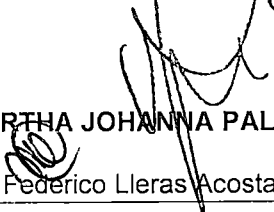
Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

Contratar la prestación de servicios profesionales especializados para el desarrollo del proceso de atención por la especialidad en Oftalmología en el Hospital Federico Lleras Acosta De Ibagué E.S.E., por Cuatro (4) meses contados a partir de la suscripción del Acta de inicio y previo el cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado


LUZ ANGELA GONZALEZ BELTRAN
 Internación Médica – Sede Limonar

Autorización Ordenador del Gasto:


Dra. MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
 Gerente
 Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día _____ **Mes** _____ **Año** _____ **Hora:** _____ **AM** _____ **PM** _____

Diligenció	
Nombre: Rocio Diaz	Firma:
Fecha:	

[Búsqueda](#)[Mis procesos](#)[Menú](#)[Ir a](#)Escritorio → **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**[Datos de la Entidad Estatal/Proveedor](#)[Áreas de interés](#)[Configuración Entidad Estatal / Proveedor](#)[Administración de usuarios](#)[Recomendaciones \(no disponible\)](#)[Biblioteca de documentos](#)[Suscripción a notificaciones](#)[Editar datos resumen](#)[Editar datos completos](#)

Información general

Logo de la entidad



Nombre de la entidad DISTRIC MEDIC ALL

Nombre abreviado DISTRIC

Fecha de creación 31/05/2024 11:44 a.m. UTC-5

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento NIT

Número de documento 901695718

Tipo Entidad Estatal /
Proveedor Sociedad por acciones simplificada

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

País COLOMBIA

Ciudad Tolima

Municipio Ibagué

Información de contacto

Dirección CL 32 A 4 B 37

Código postal

Teléfono de oficina 3207826431

Fax de oficina 3207826431

Correo electrónico de la
oficina oftalmologiadistrict@gmail.comCorreo electrónico para
notificaciones SECOP II oftalmologiadistrict@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono
-----------	--------	------	----------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

[Página web](#)[Facebook](#)[URL linkedin](#)[URL de youtube](#)[Twitter URL](#)

Contacto principal**Título****Nombre** Amaya Amaya**Cargo****Teléfono****Móvil** 3207826431**Fax****Correo electrónico** oftalmologiadistic@gmail.com**Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)**

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado
2023	0	0	0

[Editar datos resumen](#) [Editar datos completos](#)

Ibagué, Enero 13 de 2026

Doctora
MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta ESE
Ciudad

Referencia: Propuesta Prestación De Servicios Persona Jurídica.

Respetada Doctora:

Teniendo en cuenta que el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. es referente en servicios complementarios de salud a nivel departamental comprometidos a brindar una atención humanizada, oportuna, con calidad, seguridad y eficiencia gerencial y que es parte fundamental dentro de los procesos de atención hospitalaria y considerando que es la única Institución pública de mayor complejidad en el departamento del Tolima, que presta a usuarios de diferentes EPS-S, se hace necesario la prestación de servicios de personal idóneo en todas las áreas de esta manera suplir las necesidades de carácter asistencial.

De manera respetuosa me permito presentar propuesta para la prestación de los servicios asistenciales en la especialidad de **OFTALMOLOGÍA EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E.**

Los procedimientos asistenciales ofertados son los siguientes:

Porcentajes acordados entre el Hospital y el contratista donde incluye las siguientes atenciones:

Valoración de Oftalmología de pacientes en los servicios de urgencias e internación (hospitalización y cuidado intensivo), realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos quirúrgicos y no quirúrgicos, atención en consulta externa, todo ello teniendo en cuenta las Guías y protocolos de esta especialidad, actualizadas aportadas por el contratista, con los siguientes porcentajes acordados:

Servicio	Contratista	Hospital
<i>Consulta ambulatoria, valoraciones iniciales e intrahospitalarias, interconsultas y juntas medicas</i>	60%	40%
<i>Procedimientos no quirúrgicos, ayudas diagnósticas y terapéuticas</i>	80%	20%
<i>Honorarios según grupo quirúrgico</i>	80%	20%
<i>Materiales según grupo quirúrgico</i>	50%	50%
<i>Materiales Grupo quirúrgico >20</i>	50%	50%

Ayudantía	80%	20%
-----------	-----	-----

En detalle Insumos y materiales aportados por el contratista son:

<i>Insumos y materiales</i>
OQSEINA
BIOGLOZYL
OQ MIOT (SI LO REQUIERE EL ESPECIALISTA)
OQSEPTIC
VIGAMOX
AZUL TRIPAN
LIDOCAINA SIN PRESERVANTES
VISCOLASTICO HIALURONATO
VISCOLASTICOS METILCELULOSA
CUCHILLETES CRESCENT
CUCHILLETES ANGULADOS 2.2 MM
CUCHILLETE STAB 15°
CUCHILLETES MVR
RETRACTORES DE IRIS
CANASTILLAS OCULARES
HOJAS DE BISTURIN # 15
TEGADERM APOSITO SIN GASA
KENACORT-A (SI LO VE NECESARIO EL MEDICO)
PUNTA DE VITRECTORES
CUCHILLETE 2.75
PUNTA DE FACO 2.75 Y CAPUCHON DE 2.75
SUTURA #10 Y #9
SOLUCION BALANCEADA DE IRRIGACION OCULAR
CASETH FACAMULSIFICACION LEGION

INSUMO	CÓDIGO	CUPS-CUM	TARIFA PACTADA
Lentes Intraoculares	151802021620	151802021620	\$120.000 C/U
Anillo de tensión capsular	151802021621	151802021621	\$166.000
	151802021622	151802021622	

Así mismo, el contratista aportará:

Todos los equipos biomédicos para diagnóstico, tratamiento y el instrumental médico quirúrgico requerido, así como la esterilización del mismo, con todas las garantías y controles de calidad

respectivos por normatividad. La custodia de los equipos biomédicos estará a cargo del contratista.

Equipos biomédicos

Equipos Biomédicos
<i>Oct Revo 60 marca Optopol (Tomografía ocular y topografía)</i>
<i>4sight marca Accutome (Biometría, ecografía y paquimetría ocular)</i>
<i>Campímetro Humphrey marca Zeiss (Estudio de campo visual)</i>
<i>Microscopio especular (Recuento de células endoteliales)</i>
<i>Facoemulsificador Legion Marca Alcon</i>
<i>Sets de instrumental para cirugía marca Stephens y Martins</i>
<i>Esterilizador de instrumental médico Statim 2000 G4 marca Sciscan</i>
<i>Laser de Yag YC 200 Marca Nidek</i>
<i>Microscopio Opmi Lumera 300 marca Zeiss</i>
<i>Queratómetro y Autorefractómetro VX 90 marca Visionix</i>
<i>Oftalmoscopio indirecto Vantage Plus marca Keeler</i>
<i>Set de lentes asféricos dobles marca Volk</i>
<i>Lámpara de Hendidura KLH-92 marca Colors</i>
<i>Pantalla de agudeza visual Kaiser 1900 marca Colors</i>
<i>Tonómetro de aplanación T-170 marca Colors</i>

CUPS a ofertar

CUPS	HOMOLOGO SOAT	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO CUPS/CUMS
88001	2230	<i>Reparación de Herida en Ceja</i>
88201	2230	<i>Sutura Superficial de Herida Única de Párpado</i>
103101	2305	<i>Resección de Lesión o Tumor Benigno de Conjuntiva</i>
103102	2306	<i>Resección de Lesión o Tumor Benigno de Conjuntiva con Injerto</i>
103104	2303	<i>Resección de Pterigion (Nasal o Temporal) con Injerto</i>
103105	2304	<i>Resección de Pterigion Reproducido (Nasal o Temporal) con Injerto</i>
121301	2721	<i>Reducción de Hernia de Iris</i>
128101	2644	<i>Sutura de la Esclera [Esclerorrafia]</i>

137002	2902	Inserción de Lente Intraocular en Cámara Anterior Fijado Al Iris
137003	2902	Inserción de Lente Intraocular en Cámara Posterior Sobre Restos Capsulares
137004	2902	Inserción de Lente Intraocular en Cámara Posterior Fijado Al Iris
137005	2902	Inserción de Lente Intraocular en Cámara Posterior Fijado a Esclera
138101	2906	Extracción de Lente Intraocular (Pseudocristalino) de Cámara Anterior o Posterior
890276	39143	Consulta de Primera Vez por Especialista en Oftalmología
890376	39143	Consulta de Control o de Seguimiento por Especialista en Oftalmología
81101	17208	Biopsia en Párpado
82101	2211	Resección De Chalazion Vía Anterior
82102	2211	Resección De Chalazion Vía Posterior
82301	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Parcial - Un Tercio
82302	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Parcial - Dos Tercios
82304	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Parcial - Mayor De Dos Tercios
82403	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Total - Un Tercio
82404	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Total - Dos Tercios
82405	2221	Resección De Tumor Benigno O Maligno De Párpado - Espesor Total - Mayor De Dos Tercios
88202	2230	Sutura Superficial De Herida Múltiple De Párpado
88401	2230	Sutura Profunda De Herida única De Párpado
88402	2230	Sutura Profunda De Herida Múltiple De Párpado
103103	2302	Resección Simple De Pterigion (Nasal O Temporal)
103106	2311	Resección De Tumor Maligno De Conjuntiva Con Injerto
103107	2305	Resección De Tumor Maligno De Conjuntiva Sin Injerto
103108	2301	Peritomía Total
106101	2310	Sutura En La Conjuntiva
110001	28112	Extracción De Cuerpo Extraño Superficial En Cornea
110002	2602	Extracción De Cuerpo Extraño Profundo En Cornea
114101	2612	Resección De Tumor Benigno De Cornea
114102	2612	Resección De Tumor Maligno De Cornea
115306	2621	Sutura De Cornea
120001	2501	Extracción De Cuerpo Extraño Intraocular Del Segmento Anterior De Ojo
122101	2603	Paracentesis Diagnóstica De Cámara Anterior Del Ojo
128401	2642	Resección De Tumor De La Esclerótica - Vía Abierta
129101	2601	Paracentesis Terapéutica De Cámara Anterior Del Ojo
130001	2903	Extracción Intracapsular De Cristalino
130002	2903	Extracción Extracapsular Manual De Cristalino
130003	2903	Extracción Extracapsular Asistida De Cristalino
137001	2906	Inserción De Lente Intraocular En Cámara Anterior De Apoyo Angular
161101	2403	Extracción De Cuerpo Extraño En Orbita
890476	39140	Interconsulta Por Especialista En Oftalmología
952001	28123	Biometría Ocular
982101	28108	Extracción De Cuerpo Extraño Superficial De La Conjuntiva
982102	28112	Extracción De Cuerpo Extraño Superficial En Cornea O Esclerótica
99003	2143	Cierre De Puntos Lagrimales Asistido
94201	28105	Sondeo Y Lavado De Las Vías Lagrimales Vía Externa

121102	28133	Iridotomía Asistida
951901		Tomografía Óptica De Segmento Anterior
951902		Tomografía Óptica De Segmento Posterior
952501	28112	Paquimetría
950505	28130	Estudio De Campo Visual Central O Periférico Computarizado
950610	28119	Recuento De Células Endoteliales
951302	31117	Ecografía Ocular Modo A Y B
136505	28133	Capsulotomía Asistida
121401	2701	Iridectomía
121401	2701	Iridectomía laser
169003	28110	Inyección Subconjuntival De Sustancia Terapéutica
123202	2731	Lisis De Sinequias Anteriores
123203	2731	Lisis de sinequias posteriores
164002	2511	Enucleación con implante
121401	2701	Iridectomía laser
83803	2260	Cantoplastia
167101	N/A	Retiro de implante orbitario u ocular
163002	2511	Evisceración del globo ocular con implante
169006	N/A	Inyección intravítrea de sustancia terapéutica
83801	2262	Cantotomía
100101	28108	Extracción de cuerpo extraño subconjuntival
104002	2312	Reparación de simblefaron con injerto libre en conjuntiva
89104	2250	Ablación de pestañas (superior o inferior)
94101	2102	Extracción de cuerpo extraño del saco lagrimal
97201	2142	Plastia de punto lagrimal simple
111201	28111	Drenaje de colecciones en cornea
83802	2261	Cantorrafia
95001	2101	Drenaje del saco lagrimal
97101	2130	Plastia en canaliculos lagrimales
97301	2142	Plastia de punto lagrimal modificada con suturas
115801	N/A	Retiro de sutura en cornea
115307	2611	Queratectomía manual
115402	N/A	Recubrimiento de córnea con injerto
94401	28105	Intubación de vía lagrimal vía externa
951502	28118	Topografía corneal computarizada
951501	28118	Topografía corneal computarizada
890602	39132	Cuidado (manejo) intrahospitalario por medicina especializada
890502	39144	Participación en junta medica o equipo interdisciplinario por medicina especializada y caso (paciente)
		*demás procedimientos de oftalmología, que el Hospital contrate con los entes aseguradores durante la vigencia

De igual manera:

1. Que cuento con la capacidad suficiente para ejecutar el objeto y las especificaciones de la presente propuesta.
2. Que el representante legal no se encuentra incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para licitar o contratar consagradas en las disposiciones contenidas en la Constitución Política, en el artículos 8° de la Ley 80 de 1993 y el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás disposiciones legales vigentes sobre la materia. (En caso de tratarse de un consorcio o unión temporal

deberá manifestarse que ninguno de sus integrantes se encuentra en dicha situación).

3. Que no tengo parientes en la planta interna y/o externa en los cargos directivo, ejecutivo y/o asesor de la E.S.E.
4. Que la información dada en los documentos y anexos incluidos en esta propuesta me comprometen y garantizan la veracidad de las informaciones y datos de la propuesta.
5. Que el régimen tributario al cual pertenezco es régimen Ordinario.
6. Que esta propuesta compromete a la empresa firmante de esta carta.
7. Que ninguna entidad o persona distinta del firmante tiene interés comercial en esta propuesta, ni en el contrato probable que de ella se derive.
8. Que me comprometo a ejecutar el contrato por el término establecido (4 Meses) a partir del cumplimiento del último de los requisitos de ejecución.
9. Que el valor total de la propuesta es la suma de CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS \$400.000.000 MCTE, IVA incluido discriminada de la siguiente manera:

NOMBRE	CEDULA CIUDADANÍA	DE	HONORARIOS/ SALARIO
DURLELLY STELLA ZAPATA ARCE	1110464081		\$ 2.637.500
DANIELA SANCHEZ OSPINA	1005911481		\$2.000.000
HASBLEIDY JOHANNA RODRIGUEZ GONZALEZ	1013624209		\$ 3.000.000
CLAUDIA ESCOBAR ORREGO	43976486		\$ 35.000.000
RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON	11306428		\$ 10.000.000
ANGIE KATHERINE FIERRO	1006131499		\$ 2.000.000
			\$ 54.637.500

De igual manera la empresa DISTRI MEDIC ALL SAS anexa la documentación completa correspondiente a estudios y experiencia del personal asistencial y corrobora la veracidad de la misma.

Que las pólizas de responsabilidad civil profesional y demás documentos que requieran actualización de los profesionales y del contratista serán entregadas al supervisor del contrato durante su ejecución en la medida de su vencimiento siendo responsabilidad de la empresa.

Además, manifiesto:

the first of these is the fact that the system is not a simple one.

It is a complex one, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

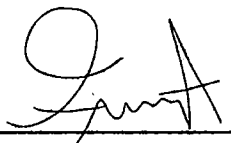
It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

It is a system that is not easily understood, and it is one that is not easily understood.

10. Una vez suscrito el contrato, me comprometo a realizar todos los trámites necesarios para la legalización del mismo, dentro del plazo fijado por la E.S.E.

De igual manera me obligo para con la Entidad a informar todo cambio de mi residencia o domicilio que ocurra durante la ejecución y el desarrollo del convenio que se suscriba, hasta su liquidación final.

Cordialmente,



**REPRESENTANTE LEGAL
DISTRI MEDIC ALL SAS**



Ibagué, Enero 14 de 2025

Señores
DISTRI MEDIC ALL
E. S. M.

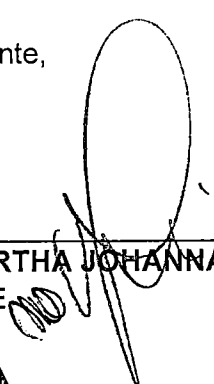
Respetados Señores:

En mi calidad de Gerente del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. me permito informar que se recibió la propuesta para la contratación con el fin de desarrollar el siguiente objeto: **CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION POR LA ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E.**, la cual fue analizada por el responsable del área que tiene la necesidad de la prestación del servicio y quien elaboró el estudio previo, y se determinó la aceptación de su propuesta para realizar la contratación.

Se debe presentar en el Hospital en la Oficina Jurídica para la realización del trámite de contratación, con lo que el contratista queda comprometido a cumplir todas las obligaciones señaladas en la propuesta, garantizando que los servicios ofrecidos, cumplen con los requisitos exigidos y los prestará en la forma y dentro de los plazos señalados por el contrato.

El contratista debe conocer las normas legales vigentes sobre la contratación con entidades públicas y verificar no estar impedido para contratar con ellas, ni se encuentre incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Constitución Política de Colombia, Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia.

Cordialmente,



DRA. MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
GERENTE



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Amaya	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Guacanes	NOMBRES Federico
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1214747781	GENERO F ☐ M ☒ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 10 MES 05 AÑO 1999 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ, D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 5A 7 27 LA HERRADURA BARRIO LA POLA PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA MUNICIPIO IBAGUÉ TELÉFONO EMAIL oftalmologiadistric@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA															
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA												TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2017	

EDUCACIÓN 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	
PREGRADO	11	X		ADMINISTRACION DE NEGOCIOS	04	2024	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO	
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:	
INF (EDUCACIÓN INFORMAL)	TR DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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
INGLÉS		X				X			X

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD DISTR MEDIC ALL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUÉ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3207826431		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	12	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CEO - GERENTE GENERAL		DEPENDENCIA "GERENCIA"						DIRECCIÓN CALLE 85 14A 50 CHICALA MANZANA 4 CASA 18					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SALUD TOLIMA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUÉ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3208551061		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	12	Año	2022	Día	30	Mes	05	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PRACTICANTE EN ADMINISTRACION		DEPENDENCIA "GERENCIA"						DIRECCIÓN CALLE 85 14A 50 MANZANA 4 CASA 18					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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,

Ciudad y fecha de diligenciamiento 27 ENERO 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

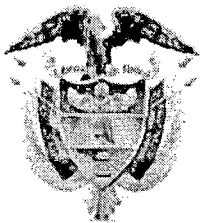
OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN		DISTRI MEDIC ALL	
SIGLA		DISTRI MEDIC ALL	
NIT No.		901695718-1	
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:		PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:	
ORDEN NAL. ☐ DPTL. ☐ DIST. ☐ MPL. ☐ OTRO ☐ ¿CUÁL? _____		TIPO ☐ (VER AL RESPALDO)	
CLASE ☐ (VER AL RESPALDO)			
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		TOLIMA	
MUNICIPIO		IBAGUE	
DIRECCIÓN		CI 85 No 14A 50 Chicala manzana 4 casa 18	
TELÉFONOS		320 7826431	
FAX			
APARTADO AÉREO			

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD	
1 CONSULTA, DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OFTALMOLOGICA	2
3	4
5	6

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO:					
ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS HONDA	X		(321) 315-7538	31/12/2025	\$500.000.000
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL	X		(310) 213-8267	31/12/2025	\$570.000.000
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	X		310 7738083	20/01/2026	\$200.000.000
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS HONDA	X		(321) 315-7538	31/10/2025	\$500.000.000
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS HONDA	X		(321) 315-7538	31/10/2025	\$500.000.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO	AMAYA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	GUACANES	NOMBRES	FEDERICO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	ACTÚA EN CARÁCTER DE:		CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN	
C.C. ☒ C.E. ☐ PASAPORTE ☐	1214747781	Representante Legal ☒ Apoderado ☐		\$	

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES:

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA  FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 15/12/25

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE CIUDAD Y FECHA

CONTRATANTE

FORMA FUHVPJ001

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA
(LEY 190 DE 1995 Y LEY 443 DE 1998)
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA: Este Formato Unico de Hoja de Vida debe ser diligenciado por toda persona jurídica, aspirante a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración, independientemente de su término de duración.

INSTRUCCIONES GENERALES:

Antes de comenzar a diligenciar este formato tenga en cuenta las siguientes instrucciones:

- Escriba en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro.
- Las fechas deben ir en números arábigos.
- Si requiere ampliar la relación de los contratos de prestación de servicios, utilice una hoja en blanco.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

I. Identificación:

En el caso de que la entidad o sociedad sea pública, especifique:

ORDEN: Marque con "X" si es del orden nacional (NAL), departamental (DPTL), distrital (DIST), municipal (MPL) u otro (OTRO). Si marca esta última, aclare a qué otro orden corresponde.

TIPO: Escriba el código de la entidad o sociedad, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	TIPO
01	MINISTERIO O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
02	SUPERINTENDENCIA O UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
03	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO
04	ENTE UNIVERSITARIO AUTÓNOMO O EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
05	EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO
06	SOCIEDAD DE ECONOMÍA MIXTA
08	OTRO

En el caso de que la entidad o sociedad sea privada, escriba la CLASE a que pertenece, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	CLASE
11	SOCIEDADES COMERCIALES E INSTITUCIONES FINANCIERAS
12	SOCIEDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO
13	SOCIEDADES CIVILES
14	ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES
15	SOCIEDADES EXTRANJERAS (SUCURSALES Y FILIALES)
16	OTRA

II. Servicios:

Relacione los principales servicios que ofrece su entidad o sociedad, de acuerdo con el objeto social.

III. Experiencia y Situación Actual:

En orden cronológico establezca los contratos de prestación de servicios que su entidad o sociedad ha realizado, escribiendo el nombre de la entidad contratante, si es pública o no, indicando su número telefónico, la fecha de terminación o conclusión del servicio y el valor del contrato, en pesos colombianos.

IV. Representante Legal o Apoderado:

Relacione el nombre y la identificación del Representante Legal o Apoderado. Establezca su capacidad de contratación aprobada por estatutos. Marque con X "sí" o "no" está incurso, como representante legal o apoderado, dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad existentes. Firme este formato para que la información declarada en él tenga validez. Recuerde anexas los documentos que respaldan su contenido, incluyendo el Certificado de Representación Legal o de Apoderado.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.214.77

MAYA GUAC

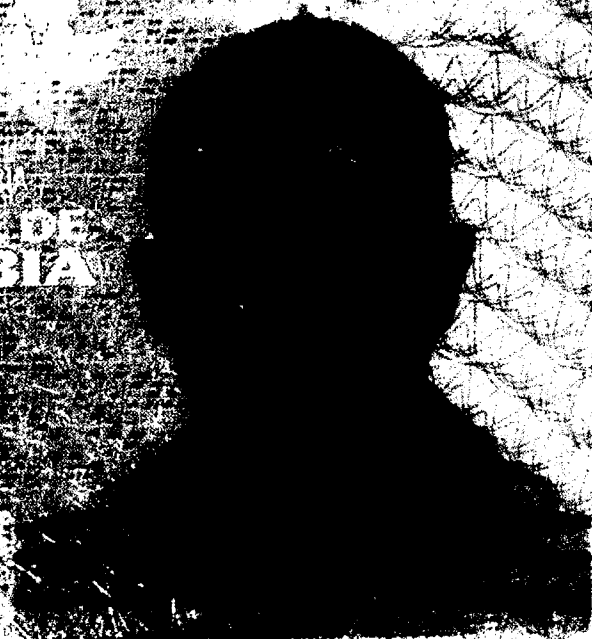
APELLIDOS

FEDERICO

NOMBRES

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REPÚBLICA DE
COLOMBIA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-OCT-1999**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77

ESTATURA

O+

G.S. RH

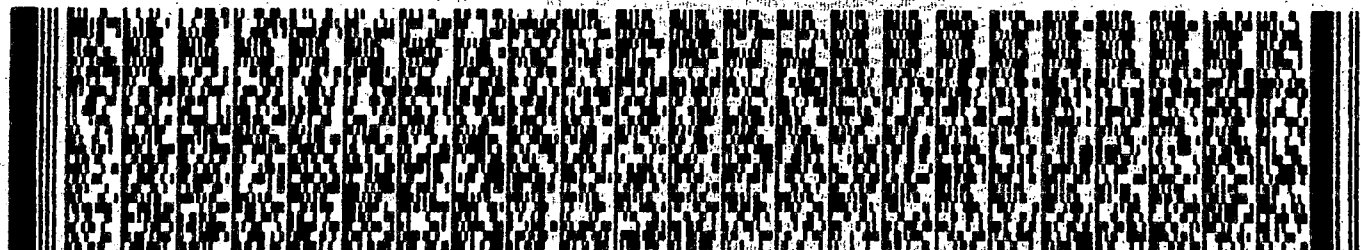
M

SEXO

17-OCT-2017 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0100150-01075207-M-1214747781-20190514

0065354188A 1

51570003

GOBIERNO NACIONAL DEL ESTADO DE COLOMBIA

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141163008993	
				 (415)7707212489984(8020) 000014116300899 3	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 2 1 4 7 4 7 7 8 1		6. DV 8		12. Dirección seccional Impuestos de Medellín	
14. Buzón electrónico					
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 2 1 4 7 4 7 7 8 1	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Antioquia 0 5		30. Ciudad/Municipio Medellín 0 0 1	
31. Primer apellido AMAYA		32. Segundo apellido GUACANES		33. Primer nombre FEDERICO	
34. Otros nombres					
35. Razón social					
36. Nombre comercial GANA PLAY PLUS					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Antioquia 0 5		40. Ciudad/Municipio Medellín 0 0 1	
41. Dirección principal CL 96 67 24					
42. Correo electrónico oftalmologiadistric@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 2 0 7 8 2 6 4 3 1		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código
9 2 0 0	2 0 1 9 0 4 1 2	5 6 3 0	2 0 1 9 0 4 1 2		
52. Número establecimientos 1					
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					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
49- No responsable de IVA					
52- Facturador electrónico					
Usuarios 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 X					
60. No. de folios: 0					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre AMAYA GUACANES FEDERICO					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					
Firma del solicitante:					

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141163008993



(415)7707212489984(8020) 0000141163008993

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 2 1 4 7 4 7 7 8 1 8

Impuestos de Medellín

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

65. Fondos

68. Sin personería jurídica

63. Formas asociativas

66. Cooperativas

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

72. Número

73. Fecha

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

76. Fecha de registro

77. No. Matricula mercantil

78. Departamento

79. Ciudad/Municipio

0 9

2 0 1 9, 0 4, 1 5

0 3

2 0 1 9, 0 4, 1 5

0 0 6 4 4 9 9 5 0 1

0 5

0 0 1

82. Nacional

%

83. Nacional público

%

84. Nacional privado

%

85. Extranjero

%

86. Extranjero público

%

87. Extranjero privado

%

Vigencia

80. Desde

81. Hasta

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Establecimientos		<div>001</div>	
Espacio reservado para la DIAN			Página 3 de 3 Hoja 6		
			4. Número de formulario 141163008993		
			 (415)7707212489984(8020) 0000141163008993		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 2 1 4 7 4 7 7 8 1		8	Impuestos de Medellín		
Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros					
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2		161. Actividad económica Actividades de juegos de azar y apuestas 9 2 0 0			
162. Nombre del establecimiento GANA PLAY PLUS					
163. Departamento Antioquia 0 5		164. Ciudad/Municipio Medellín 0 0 1			
165. Dirección CALLE 96 67 24					
166. Número de matrícula mercantil 0 0 6 4 2 9 5 8 0 2		167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 9 1 9			
168. Teléfono 3 2 0 7 8 2 6 4 3 1		169. Fecha de cierre			
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica			
162. Nombre del establecimiento					
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio			
165. Dirección					
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono		169. Fecha de cierre			
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica			
162. Nombre del establecimiento:					
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio			
165. Dirección					
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono		169. Fecha de cierre			



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

35

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 lunes 19 de enero de 2026, a las 15:28:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1214747781
Código de Verificación	1214747781260119152819

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB





CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 289152472



PIB

15:27:45

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de enero 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) FEDERICO AMAYA GUACANES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1214747781:

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>

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

3X



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:31:55 AM horas del 20/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1214747781**

Apellidos y Nombres: **AMAYA GUACANES FEDERICO**

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: 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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 2 3 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141213198970	
				 (415)7707212489984(8020) 000014121319897 0	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 6 9 5 7 1 8		6. DV 1	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Ibagué		14. Buzón electrónico 9
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona jurídica		25. Tipo de documento 1		26. Número de Identificación	
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre	
35. Razón social DISTRI MEDIC ALL S.A.S		37. Sigla		34. Otros nombres	
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Tolima		40. Ciudad/Municipio Ibagué	
Dirección principal CL 85 14 A 50 CONJ CHICALA MZ 4 CA 18 URB CHICALA					
42. Correo electrónico oftalmologiadistric@gmail.com					
43. Código postal 7 3 0 0 0 3		44. Teléfono 3 2 0 7 8 2 6 4 3 1		45. Teléfono 2 3 1 0 8 5 4 4 4 7 3	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					Ocupación
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	
8 6 1 0	2 0 2 3 0 3 1 6	8 6 9 1	2 0 2 3 0 3 1 6	4 6 4 5 8 6 9 2	1
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 7 1 4 1 6 4 2 5 2 5 5 5 9					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 59- Autorretención especial renta					
07- Retención en la fuente a título de renta					
14- Informante de exogena					
16- Obligación facturar por ingresos bienes					
42- Obligado a llevar contabilidad					
52 - Facturador electrónico					
55 - Informante de Beneficiarios Finales					
Usuarios aduaneros					Exportadores
54. Código					55. Forma
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					56. Tipo
					Servicio
					1 2 3
					57. Modo
					58. CPC
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:					
984. Nombre BAEZ HERRERA ERIKA MARIA FERNANDA					
985. Cargo Gestor I					

39

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		Página 2 de 4 Hoja 2		001	
Espacio reservado para la DIAN				4. Número de formulario 141213198970			
				 (415)7707212489984(8020) 000014121319897 0			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 6 9 5 7 1 8 1		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Ibagué		14. Buzón electrónico 9	
Características y formas de las organizaciones							
62. Naturaleza 2		63. Formas asociativas 1 2		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados			
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros			
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio 1			
Constitución, Registro y Última Reforma							
Documento		1. Constitución		2. Reforma		Composición del Capital	
71. Clase 0 4		72. Número 3		73. Fecha 2 0 2 3 0 3 0 9		82. Nacional 1 0 0 %	
74. Número de notaría		75. Entidad de registro 0 3		76. Fecha de registro 2 0 2 3 0 3 1 6		83. Nacional público 0 . 0 %	
77. No. Matrícula mercantil 3 5 6 4 0 0		78. Departamento 7 3		79. Ciudad/Municipio 1 6		84. Nacional privado 1 0 0 . 0 %	
Vigencia		80. Desde 2 0 2 3 0 3 1 6		81. Hasta 2 0 9 9 1 2 3 1		85. Extranjero 0 %	
						86. Extranjero público 0 . 0 %	
						87. Extranjero privado 0 . 0 %	
Entidad de vigilancia y control							
88. Entidad de vigilancia y control Superintendencia de Sociedades 5							
Estado y Beneficio							
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV			
1	8 1	2 0 2 3 0 3 1 6					
2							
3							
4							
5							
Vinculación económica							
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante		96. DV.	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante							
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP			
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP							

40

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Representación		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 3 de 4 Hoja 3		
			4. Número de formulario 141213198970		
			 (415)7707212489984(8020) 000014121319897 0		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 6 9 5 7 1 8		1	Impuestos y Aduanas de Ibagué		9
Representación					
98. Representación REPRS LEGAL PRIN		1 8		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 3 1 2 1 3	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		101. Número de identificación 1 2 1 4 7 4 7 8 1		102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido AMAYA		105. Segundo apellido GUACANES		106. Primer nombre FEDERICO	
107. Otros nombres		108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV 110. Razón social representante legal	
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación		100. Tipo de documento	
101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	
107. Otros nombres		108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV 110. Razón social representante legal	
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación		100. Tipo de documento	
101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	
107. Otros nombres		108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV 110. Razón social representante legal	
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación		100. Tipo de documento	
101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	
107. Otros nombres		108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV 110. Razón social representante legal	
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación		100. Tipo de documento	
101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	
107. Otros nombres		108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV 110. Razón social representante legal	
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación		100. Tipo de documento	
101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre	
107. Otros nombres		108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV 110. Razón social representante legal	

41

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 4 de 4 Hoja 6

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141213198970



(415)7707212489984(8020) 000014121319897 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 6 9 5 7 1 8

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Ibagué

14. Buzón electrónico

9

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento

Establecimiento de comercio 0 2

161. Actividad económica

Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5

162. Nombre del establecimiento

DISTRI MEDIC ALL

163. Departamento

Tolima

164. Ciudad/Municipio

Ibagué

0 0 1

165. Dirección

CL 85 14 A 50 CONJ CHICALA MZ 4 CA 18 URB CHICALA

166. Número de matrícula mercantil

0 0 0 0 3 5 6 4 0 1

167. Fecha de la matrícula mercantil

2 0 2 3 0 3 1 6

168. Teléfono

3 2 1 3 5 4 7 1 5 8

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre



CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 29/12/2025 - 10:41:19
Recibo No. S001415926, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9bBTGcdJ17

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : DISTRI MEDIC ALL S.A.S
Nit : 901695718-1
Domicilio: Ibagué, Tolima

MATRÍCULA

Matrícula No: 356400
Fecha de matrícula: 16 de marzo de 2023
Ultimo año renovado: 2025
Fecha de renovación: 13 de marzo de 2025
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CL 85 14 A 50 CONJ CHICALA MZ 4 CA 18
Barrio : URB CHICALA
Municipio : Ibagué, Tolima
Correo electrónico : oftalmologiadistric@gmail.com
Teléfono comercial 1 : 3207826431
Teléfono comercial 2 : 3108544473
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CL 85 14 A 50 CONJ CHICALA MZ 4 CA 18
Barrio : URB CHICALA
Municipio : Ibagué, Tolima
Correo electrónico de notificación : oftalmologiadistric@gmail.com

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado del 09 de marzo de 2023 de la Acto De Constitucion de Ibague, inscrito en esta Cámara de Comercio el 16 de marzo de 2023, con el No. 83838 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada DISTRI MEDIC ALL S.A.S.



CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 29/12/2025 - 10:41:19
Recibo No. S001415926, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9bBTGcdJ17

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

La sociedad puede realizar, en Colombia y en el exterior cualquier actividad lícita, comercial o civil, sin embargo, tendrá como objeto principal las siguientes actividades: Comercialización de Productos para la salud; medicamentos; Material Médico Quirúrgico, Elementos Ortopédicos y Ortésicos; Insumos para el apoyo diagnóstico y apoyo Terapéutico; Materiales para rayos X, TAC, Resonancia Magnética, etc. La sociedad podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones, de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias o que permitan facilitar o desarrollar el comercio o la industria de la sociedad.

Prestación de servicios de medicina humana, procedimientos, cirugía general y especializada, consulta médica especializada, comercialización de medicamentos para uso humano, Consulta, Diagnóstico y Cirugía en la especialidad de Oftalmología.

Prestación de Servicios de apoyo diagnóstico e imágenes diagnosticas ionizantes y no ionizantes, prestación de servicios en la especialidad de Cardiología.

La sociedad, podrá contraer obligaciones y celebrar toda clase de contratos permitidos por la ley colombiana formar parte de otras sociedades, fusionarse o transformarse. Celebrar contratos de prestación de servicios o laborales con el personal necesario para el desarrollo de su objeto social. abrir establecimientos de comercio cuando así lo decida; ejecutar todos los contratos, actos, negocios y operaciones relacionadas con su objeto social, actividades conexas y complementarias, los tendientes al cumplimiento de las obligaciones legales y convencionales derivadas de la existencia y actividades de la sociedad, realizar toda clase de actos u operaciones lícitas, civiles o comerciales, que tengan relación con el objeto social.

CAPITAL

*** CAPITAL AUTORIZADO ***

Valor	\$ 10.000.000,00
No. Acciones	10,00
Valor Nominal Acciones	\$ 1.000.000,00

*** CAPITAL SUSCRITO ***

Valor	\$ 10.000.000,00
No. Acciones	10,00

44



CÁMARA DE COMERCIO DE IBAQUE
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 29/12/2025 - 10:41:19
 Recibo No. S001415926, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9bBTGcdJ17

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Valor Nominal Acciones \$ 1.000.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor \$ 10.000.000,00

No. Acciones 10,00

Valor Nominal Acciones \$ 1.000.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

Representación Legal - Gerente. - La representación legal de la Sociedad por Acciones Simplificada estará a cargo de una persona natural o jurídica, accionista o no, quien tendrá un suplente designado por la asamblea general de accionistas para un término un año.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Gerente-La sociedad será gerenciada, administrada y representada legalmente ante terceros por el representante legal, quien no tendrá restricciones de contratación por razón de la naturaleza ni de la cuantía de los actos que celebre. Por lo tanto, se entenderá que el representante legal podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad.

El representante legal se entenderá investido de los más amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepción de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubieren reservado los accionistas. En las relaciones frente a terceros, la sociedad quedará obligada por los actos y contratos celebrados por el representante legal.

Le está prohibido al representante legal y a los demás administradores de la sociedad, por sí o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad jurídica préstamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales.

Parágrafo. - El subgerente tendrá las mismas funciones y facultades del representante legal, en caso de ausencia temporal o definitiva de éste.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 2023-003 del 28 de noviembre de 2023 de la Asamblea De Accionistas,

45



CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 29/12/2025 - 10:41:19
Recibo No. S001415926, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9bBTGcdJ17

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 13 de diciembre de 2023 con el No. 86735 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	FEDERICO AMAYA GUACANES	C.C. No. 1.214.747.781

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO

INSCRIPCIÓN

*) Acta No. 003 del 28 de noviembre de 2023 de la Asamblea 86736 del 13 de diciembre de 2023 del libro IX De Accionistas

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: Q8610
Actividad secundaria Código CIIU: Q8691
Otras actividades Código CIIU: G4645

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

46



CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUÉ
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 29/12/2025 - 10:41:19
Recibo No. S001415926, Valor 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9bBTGcdJ17

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: DISTRI MEDIC ALL
Matrícula No.: 356401
Fecha de Matrícula: 16 de marzo de 2023
Último año renovado: 2025
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CL 85 14 A 50 CONJ CHICALA MZ 4 CA 18
Barrio : URB CHICALA
Municipio: Ibagué, Tolima

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es PEQUEÑA EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : \$2.234.040.959,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8610.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA - REPORTE A ENTIDADES

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA a. Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES. b. Se realizó la inscripción de la empresa y/o establecimiento en el Registro de Identificación Tributaria (RIT).

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUÉ contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

48



CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 29/12/2025 - 10:41:19
Recibo No. S001415926, **Valor** 11600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 9bBTGcdJ17

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

JHOAN HERNANDO ARANGO
Secretario Jurídico (E)

*** FINAL DEL CERTIFICADO ***



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

48

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 lunes 19 de enero de 2026, a las 09:29:23, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	9016957181
Código de Verificación	9016957181260119092923

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289075820**



PIB

09:01:11

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona DISTRI MEDIC ALL S.A.S identificado(a) con NIT número 9016957181:

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>



Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

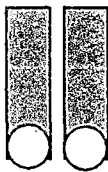
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co



PAULA ANDREA CHITIVA SAAVEDRA
CONTADOR PÚBLICO- FUNDACION UNIVERSITARIA
SAN MARTIN

EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO DE DISTRIC MEDIC
ALL S.A.S.

Con el fin de acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, bajo la gravedad de juramento,

CERTIFICO QUE:

La empresa **DISTRIC MEDIC ALL S.A.S.**, identificada con el **NIT 901.695.718-1** ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le corresponden respecto del Sistema de Seguridad Social cuando a ello ha habido lugar, en cuanto a salud, pensiones y riesgos laborales y cuando ha sido del caso con los aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar en los últimos seis (6) meses del año 2025.

La presente certificación se expide a los 22 días del mes de Diciembre de 2025.

PAULA ANDREA CHITIVA SAAVEDRA
CC. 1.105.614.957
CONTADOR PUBLICO

Email: chcontabilidadesas@gmail.com
CEL. 3208457049 - IBAGUE TOLIMA

5)

PAULA ANDREA CHITIVA
SAAVEDRA
CONTADOR PÚBLICO

Ministerio de Comercio
Unión de Contadores, Intelectuales y Técnicos

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

251992-T

PAULA ANDREA
CHITIVA SAAVEDRA
C.C. 1105814957
RES. INSCRIPCION 1136 DEL 21/12/2016
FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

258949 286726



Identificación Pública S.A. 110211/0116

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57X1) 6444450 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A - 21 Bogotá D.C.

FIRMA

52

PAULA ANDREA CHITIVA
SAAVEDRA
CONTADOR PÚBLICO

CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.105.614.957
CHITIVA SAAVEDRA

APELLIDOS
PAULA ANDREA

NOMBRES

Paula Andrea Chitiva S

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1994

CAJAMARCA

(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O-
C.S. SEX

F
SEXO

30-ABR-2012 CAJAMARCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CALLE 100 N. 100 N. 100 N.

INDICE UNICO



P-2502200-00304003-F-1105614957-20120628

0030304170A 1

35433764

Figure 1 consists of five sub-graphs labeled (a) through (e), each showing the percentage release of a different neurotransmitter over a 120-minute period. The y-axis for all graphs is 'Release (%)' ranging from 0 to 100. The x-axis is 'Time (min)' ranging from 0 to 120. Each graph contains two data series: a control group represented by open circles and a treatment group represented by filled circles. In all five cases, the treatment group shows a significant increase in release compared to the control group, starting around 30-40 minutes and peaking between 60 and 80 minutes.

- (a) **GABA**: Control release remains near 100%. Treatment release starts at ~100% at 30 min, drops to ~80% at 40 min, then rises to ~100% by 60 min and remains stable.
- (b) **Glycine**: Control release starts at ~100% at 30 min, drops to ~80% at 40 min, then rises to ~100% by 60 min and remains stable.
- (c) **Glutamate**: Control release starts at ~100% at 30 min, drops to ~80% at 40 min, then rises to ~100% by 60 min and remains stable.
- (d) **Serotonin**: Control release starts at ~100% at 30 min, drops to ~80% at 40 min, then rises to ~100% by 60 min and remains stable.
- (e) **Dopamine**: Control release starts at ~100% at 30 min, drops to ~80% at 40 min, then rises to ~100% by 60 min and remains stable.

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



Certificado No:



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **PAULA ANDREA CHITIVA SAAVEDRA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1105614957 de CAJAMARCA (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 251992-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 28 días del mes de Noviembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



THE HISTORY OF THE

REIGN OF KING CHARLES THE FIRST

BY SAMUEL JOHNSON

IN TEN VOLUMES

THE SECOND VOLUME

1704

Printed by J. Sturges, at the Angel in St. Dunstons Church, London.

By J. Sturges, at the Angel in St. Dunstons Church, London.

By J. Sturges, at the Angel in St. Dunstons Church, London.

By J. Sturges, at the Angel in St. Dunstons Church, London.

By J. Sturges, at the Angel in St. Dunstons Church, London.

Tipo de declaración

INGRESO

Fecha de publicación

2025-12-22 10:59

Razón social

DISTRI MEDIC ALL

NIT

901695718

DV

1

Lugar de ubicación

País

COLOMBIA

Departamento

TOLIMA

Municipio

IBAGUÉ

Clase de entidad

Organismos no gubernamentales

Si es otra, cual?

Actúa en carácter de Representante Legal

Sí

☒

No

☐

Servicios de la entidad:

SERVICIOS DE CONSULTA, DIAGNOSTICO Y CIRUGIA OFTALMOLOGICA

Nombres y apellidos completos del representante legal

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

FEDERICO

AMAYA

GUACANES

Documento de identificación del representante legal

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

121474781

Lugar de nacimiento del representante legal

País

COLOMBIA

Departamento

BOGOTÁ. D.C.

Municipio

BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio del representante legal

País

COLOMBIA

Departamento

TOLIMA

Municipio

IBAGUÉ

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 FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE

Lugar de sede

País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, A CONTINUACIÓN RELACIONO LOS BIENES Y RENTAS DEL ÚLTIMO AÑO GRAVABLE DE DISTRI MEDIC ALL.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuvo DISTRI MEDIC ALL en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Ingresos por la actividad ordinaria - operacionales	\$2.234.040.959,00
Ingresos no operacionales	\$193.768,00
Otros	\$0,00
TOTAL	\$2.234.234.727,00

Las cuentas bancarias de DISTRI MEDIC ALL 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	\$447.347.782,00

Los bienes patrimoniales de DISTRI MEDIC ALL son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Las acreencias y obligaciones vigentes de DISTRI MEDIC ALL a la fecha son:

Concepto	Saldo

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

A continuación, procedo a publicar y divulgar proactivamente la información que, en mi calidad de representante legal de DISTRI MEDIC ALL, es susceptible de generar un posible conflicto de interés a esta persona jurídica, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2013 de 2019 y conforme con lo señalado en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011.

2.1. POSIBLES CONFLICTOS POR RELACIONES QUE TIENEN LA PERSONA JURÍDICA O EL REPRESENTANTE LEGAL.

¿Es usted representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual DISTRI MEDIC ALL celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí ☐ No ☒

Descripción del posible conflicto de interés porque usted es representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual DISTRI MEDIC ALL celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿La persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual DISTRI MEDIC ALL celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí ☐ No ☒

Descripción del posible conflicto de interés porque la persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual DISTRI MEDIC ALL celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿Existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual DISTRI MEDIC ALL celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí ☐ No ☒

Descripción del posible conflicto de interés porque existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual DISTRI MEDIC ALL celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

2.2. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

¿DISTRI MEDIC ALL realizó donaciones?

Sí ☐ No ☒

Las donaciones realizadas por DISTRI MEDIC ALL que le representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hizo esas donaciones son:

Nombre entidad	Valor

2.3. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

DISTRI MEDIC ALL, o yo, en mi calidad de su representante legal, tenemos otro(s) potencial(es) conflicto(s) de interés:

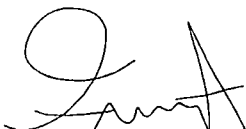
Sí ☐ No ☒

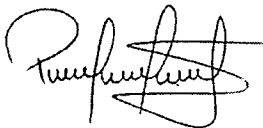
- Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
 - > Establecimientos que posee.
 - > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
 - > Haber hecho parte de listas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

Los potenciales conflictos personales de interés son:

DISTRIC MEDIC ALL
NIT 901.695.718-1
ESTADO RESULTADOS INTEGRALES

RESUMEN DE RESULTADOS INTEGRALES						
NOTAS	DICIEMBRE 2024	PARTICIPACION INGRESOS	DICIEMBRE 2023	PARTICIPACION INGRESOS	VARIACION Horizontal %	
INGRESOS OPERACIONALES	13	2.234.040.959	100	0	100	0,0
PRESTACIÓN DE SERVICIOS		2.339.028.084	104,70	0	0,0	0,0
(-) DEVOLUCIONES EN VENTA		104.987.125	4,70	0	0,0	0,0
CÓSTO		306.454.563	13,72	0	0,00	0,0
MANO DE OBRA DIRECTA	14	303.885.353	13,6	0	0,00	0,0
HONORARIOS		292.430.000	13,1	0	0,00	0,0
SERVICIOS		11.455.353	0,5	0	0,00	0,0
COSTOS DIRECTOS	15	2.569.210	0,12	0	0,00	0,00
MATERIALES Y SUMINISTROS		2.569.210	0,12	0	0,00	0,00
UTILIDAD BRUTA		1.927.586.396	86,28	0	0,00	0,00
GASTOS OPERACIONALES DE ADMINIST	16	228.281.200	10,22	0	0,00	0,00
GASTOS DE PERSONAL		179.306.650	8,03	0	0,00	0,00
IMPUESTOS		39.740.000	1,78	0	0,00	0,00
SEGUROS		6.052.307	0,27	0	0,00	0,00
SERVICIOS		910.701	0,04	0	0,00	0,00
GASTOS LEGALES		392.287	0,02	0	0,00	0,00
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES		438.755	0,02	0	0,00	0,00
GASTOS DE VIAJE		200.000	0,01	0	0,00	0,00
DIVERSOS		1.240.500	0,06	0	0,00	0,00
UTILIDAD OPERACIONAL		1.699.305.196	76,06	0	0,00	0,00
INGRESOS NO OPERACIONALES	17	193.768	0,01	0	0,00	0,00
FINANCIEROS		15.235	0,00	0	0,00	0,00
RECUPERACIONES		178.500	0,01	0	0,00	0,00
DIVERSOS		33	0,00	0	0,00	0,00
GASTOS NO OPERACIONALES	18	9.752.472	0,44	0	0,00	0,00
FINANCIEROS		5.259.607	0,24	0	0,00	0,00
GASTOS EXTRAORDINARIOS		4.492.865	0,20	0	0,00	0,00
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTO		1.689.746.492	75,64	0	0,00	0,00
IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIOS VIGENCIA		0	0,00	0	0,00	0,00
RESULTADO DEL EJERCICIO		1.689.746.492	75,64	0	0,00	0,00
				0		


FEDERICO AMAYA GUACANES
REPRESENTANTE LEGAL


PAULA ANDREA CHITIVA SAVEDRA
CONTADOR PUBLICO
TP 251192-T

54

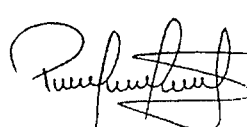
DISTRI MEDIC ALL
NIT 901.695.718-1
ESTADO DE LA SITUACION FINANCIERA

TERMINADOS EN

NOTAS

		DICIEMBRE 2024	Participación	DICIEMBRE 2023	Participación	Variación Horizontal
ACTIVO						
ACTIVO CORRIENTE						
EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO						
Caja	4	5.969.336	0,32	10.000.000	100,00	-40,31
Bancos	4	447.347.782	23,63	0	0,00	0,00
Deudores	5	1.439.611.602	76,05	0	0,00	0,00
TOTAL ACTIVOS CORRIENTE		1.892.928.720	100,00	10.000.000	100,00	18.829,29
ACTIVO NO CORRIENTE						
PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO						
TOTAL PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	6	0	0,00	0	0,00	0,00
TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE		0	0,00	0	0,00	0,00
TOTAL ACTIVO		1.892.928.720	100	10.000.000	100	18.829,29
PASIVO Y PATRIMONIO						
PASIVO CORRIENTE						
Cuentas Por Pagar	7	11.203.800	5,80	0	0,00	0,00
Acreedores Varios	8	1.294.890	0,67	0	0,00	0,00
Impuesto gravámenes y tasas	9	132.545.000	68,61	0	0,00	0,00
Obligaciones Laborales	10	48.138.538	24,92	0	0,00	0,00
TOTAL PASIVO CORRIENTE		193.182.228	100,00	0	0,00	0,00
PASIVO NO CORRIENTE						
Obligaciones Financieras - LP	11	0	0,00	0	0,00	0,00
TOTAL PASIVO NO CORRIENTE		0	0,00	0	0,00	0,00
TOTAL PASIVO		193.182.228	100,00	0	0,00	0,00
PATRIMONIO						
Capital Social	12	10.000.000	0,59	10.000.000	100,00	0,00
Utilidad del Ejercicio		1.689.746.492	99,41	0	0,00	0,00
Resultado de Ejercicios Anteriores		0	0,00	0	0,00	0,00
TOTAL PATRIMONIO		1.699.746.492	100,00	10.000.000	100,00	16.897,46
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO		1.892.928.720		10.000.000		16.897,46


FEDERICO AMAYA GUACANES
REPRESENTANTE LEGAL


PAULA ANDREA CHITIVA SAVEDRA
CONTADOR PUBLICO
TP 251992-T

OPS - Internación
Limón.

83

 Federico Lleras Acosta HOSPITAL GENERAL		GESTION ADMINISTRATIVA				CÓDIGO: GA-FR-108		
FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES						VERSION: 3		
PERSONA JURIDICA						VIGENTE DESDE: 31-07-2024		
						PAGINA 1 DE 2		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DIA 22	MES 12	ANO 2025	CIUDAD: IBAGUÉ			
Importante: Este formato debe quedar completamente diligenciado y en letra imprenta. Por lo anterior en aquellos espacios en los cuales no tenga información para relacionar por favor escribir N.A (No Aplica).								
1. INFORMACION GENERAL								
RAZON O DENOMINACION SOCIAL DISTRI MEDIC ALL					NIT. 901695718-1			
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL								
PRIMER APELLIDO AMAYA		SEGUNDO APELLIDO GUACANES		NOMBRES FEDERICO				
TIPO DE IDENTIFICACION (CC: cédula de ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjería, RC: Registro Civil)						SEXO F ☐ X ☒		
CC ☒ CE ☐ PA ☐ TI ☐ TE ☐ RC ☐		No. 121474781						
FECHA DE EXPEDICION DIA MES ANO 17 10 17		LUGAR DE EXPEDICION MEDELLIN ANTIOQUIA		FECHA DE NACIMIENTO DIA MES ANO 5 10 99		LUGAR DE NACIMIENTO BOGOTA		
NACIONALIDAD 1 COLOMBIA				NACIONALIDAD 2 N/A				
DIRECCION RESIDENCIA CALLE 95 #13 A-49 SUR Antigua torre 1 apto 503				DEPARTAMENTO TOLIMA		CIUDAD IBAGUE		
CORREO ELECTRONICO oftalmologiadistric@gmail.com				TELEFONO FIJO 6082670058		CELULAR (320) 782-6431		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD				EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:				
1. ¿MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI ☐ NO ☒								
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI ☐ NO ☒								
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI ☐ NO ☒								
EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI ☐ NO ☒								
¿Cuál?								
TIPO DE EMPRESA PUBLICA ☐ PRIVADA ☒ MIXTA ☐ SIN ANIMO DE LUCRO ☐ OTRA ☐								
¿Cuál?								
ACTIVIDAD ECONOMICA INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ COMERCIAL ☒ TRANSPORTE ☐ CONSTRUCCION ☐ CIVIL ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐								
DATOS OFICINA PRINCIPAL				DATOS SUCURSAL O AGENCIA				
DIRECCION Cl 85 No 14A 50 Chicla manzana 4 casa 18				DIRECCION N/A				
DEPARTAMENTO TOLIMA				DEPARTAMENTO N/A				
CIUDAD IBAGUE				CIUDAD N/A				
CORREO ELECTRONICO oftalmologiadistric@gmail.com				TELEFONO 6082670058		CORREO ELECTRONICO N/A		
TELEFONO 6082670058				N/A		N/A		
IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACION):								
1) Por favor relacione los socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, aporte o participación.								
2) Si el accionista o socio es una Persona Jurídica, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección BENEFICIARIOS FINALES (En caso de requerir mas espacio anexo Certificado de Composición Accionaria).								
No.	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	1. Administra recursos públicos	2. Ejerce algun grado de poder	3. Goza de Reconocimiento Público	4. Obligación Declaración Tributaria Indique País	% PARTICIPACION
	CC ☒ CE ☐ TI ☐ NIT ☐	93357022	CARLOS FERNANDO AMAYA GOMEZ	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	COLOMBIA	100
	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		
	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		
	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		
	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		
	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		
	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		
	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		

CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, NIT: Número de Identificación Tributaria

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

14:30 Am
15-01-26
Juf

 <p>Federico Urrutia Acosta UNIVERSIDAD DEL CAYAR</p>	GESTION ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-105
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES	VERSIÓN: 3
		VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PÁGINA 2 DE 2
	PERSONA JURIDICA	

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA				SI	☐	NO.	☒
EXPORTACIONES	☐	INVERSIONES	☐	ENVIO Y/O RECEPCIONES	☐	TRANSFERENCIAS	☐
IMPORTACIONES	☐	PRESTAMOS	☐	OTRA?	☐	¿Cuál?	☐

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA.

4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACION

Declaro que para efectos de vinculación con el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, el suscrito ha suministrado datos personales.

En consecuencia autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestación del servicio correspondiente así como a la circulación o transferencia de ellos todo, aun en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o laboral o la misma hubiere terminado. Así mismo autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos a los datos biométricos.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que el Hospital me han informado los derechos que se tienen como titular de la información de acuerdo con la Ley y su manual de políticas que se encuentra disponibles en la página www.hfilaras.gov.co igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- | | |
|---|--|
| 1 | Copia del documento de identidad del representante legal |
| 2 | Copia de representación legal - Certificado de cámara y comercio detallado |
| 3 | Copia del RUT detallado |
| 4 | Estados financieros de la persona jurídica de la última vigencia. |

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEIDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

 121474781
FIRMA Y CEDULA



HUELLA

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO)

FECHA	DIA	MES	ANO	HORA	S. 30 min
	15	07	2026		

LISTAS CONSULTADAS

REPORTA RESTRICCIÓN

- | | | | | | |
|----|---|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| 1. | OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL (OFAC)
Oficina de control de activos | SI | ☐ | NO | ☒ |
| 2. | LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS | SI | ☐ | NO | ☒ |
| 3. | LISTA LINEA INTERPOL | SI | ☐ | NO | ☒ |
| 4. | OTRAS | SI | ☐ | NO | ☒ |

OBSERVACIÓN:

Las personas relacionadas en el Formateo y Anexos No. VED-0101 de Instrucciones en las listas consultadas por SIA/DA/PA/1/2010

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA
Carlos E. Hernandez R. 

CARGO

CARGO
Kofeibong
W. W. W. W.

Neusullo no: Sebastian Vasquez

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO.



**LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE LA OFICINA DE GESTION DEL
TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ -
TOLIMA E.S.E.**

En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993, inciso 2 del artículo 1 del decreto 2209 de 1998, del literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, manual de contratación y atendiendo las disposiciones legales sobre las materias.

CERTIFICA

Que revisada la planta de personal permanente y temporal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E., se determinó que no existe personal de planta suficiente para prestar los **SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION POR LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E**

La presente certificación se expide para que obre como soporte en el expediente contractual que reposa en la oficina asesora jurídica.

Dado en Ibagué, el 7 de enero de 2026

ANGELICA PEÑA TRUJILLO
Profesional Especializado Gestión Talento Humano

 Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN JURIDICA		Código: GJ-FR-005
			Versión: 02
	FORMATO CERTIFICADO DE IDONEIDAD		Vigente desde: 02/10/2023
PÁGINA: 1 de 2			

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA AREA SALUD INTERNACION MÉDICA SEDE LIMONAR DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E.

En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993, inciso 2 de la artículo 1 del decreto 2209 de 1998, del literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, en concordancia con lo dispuesto en el estatuto de contratación

CERTIFICA QUE

Con el fin de contar con una persona jurídica o natural que preste el servicio de Oftalmología, por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa, se procede a realizar el análisis de la experiencia e idoneidad para la celebración del presente contrato o convenio con DISTRI MEDIC ALL identificado con el Nit. 901.695.718-1, representada legalmente por FEDERICO AMAYA GUACANES CC. 1.214.747.781 de Medellín.

De conformidad con la oferta de servicios, hoja de vida, certificaciones, y antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales radicados oportunamente y como resultado del análisis y valoración que de los mismos se realizó, DISTRI MEDIC ALL se encuentra apta para desarrollar la prestación de servicios CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION POR LA ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E. por sus condiciones de idoneidad y experiencia.

La capacidad e idoneidad y experiencia para la ejecución del contrato está demostrada por los siguientes criterios:

NOMBRE PERSONA A CONTRATAR	DISTRI MEDIC ALL		
TITULO PROFESIONAL	ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS	ABRIL 22 DE 2022	No. TARJETA PROFESIONAL	1110510596
		FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL	5/04/2018
POSTGRADO	ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD	OFTALMOLOGO		

EXPERIENCIA ACREDITADA			
EMPRESA O ENTIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	TIEMPO LABORADO O EJECUTADO
DISTRI MEDIC ALL SAS	14/12/2023	31/03/2025	15 meses y 14 días
SUPRA	1/04/2024	20/06/2024	2 meses y 20 días
TIEMPO TOTAL CERTIFICADO			17 meses y 34 días

CAPACIDAD	CUMPLE	
	SI	NO
Hoja de vida en formato único	X	
Formato de declaración de bienes y rentas	X	
Constancia de afiliación al sistema de seguridad social	X	
Registro único tributario	X	
Fotocopia de la cédula	X	

Antecedentes fiscales, disciplinarios, penales y RNMC (persona natural o representante legal persona jurídica)	X	
Camara de comercio (aplica para persona jurídica)- Actividad economica acorde al objeto a contratar	X	
Que el personal contratado por la persona jurídica no se envuentra vinculado al hospital mediante ningun otor tipo de contratacion (APLICA PARA PERSONA JURIDICA)		
El contratista declaró por escrito que no se encuentro incurso(a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia	X	
IDONEIDAD	CUMPLE	
	SI	NO
El contratista presentó diplomas y otros documentos que acreditan un perfil profesional acorde con el servicio requerido	X	
EXPERIENCIA	CUMPLE	
	SI	NO
El contratista presentó documentos y certificaciones que acreditan la experiencia requerida	X	
En consecuencia, certifico que DISTRI MEDIC ALL cumple los requisitos técnicos y específicos esenciales requeridos en los Estudios Previos y resulta conveniente para el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E suscribir un contrato de prestación de Servicios Profesionales para CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION POR LA ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E.		
FECHA DE VALIDACION HOJA DE VIDA	ene-26	
Dado en Ibagué a los 22 dias de Enero 2026		
		
LUZ ÁNGELA GÓNZALEZ BELTRÁN Profesional Especializada Área Salud		

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION		CÓDIGO: GA-FR-138
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION		Versión: 2
			Vigente desde: 03/07/2024
			Página: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR [] CONTRATISTA DE SERVICIOS [X] T.H DE LA EMPRESA []
 ESTUDIANTE [] RESIDENTE [] VISITANTE [] OTRO []
 CUAL _____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.- USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

- Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
- Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.



 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión: 2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 2 de 2

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 13 DE ENERO 2026 Ciudad: IBAGUÉ

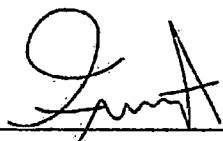
DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: FEDERICO AMAYA GUACANES

No. C.C : 1214747781

FIRMA: 

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

GA

 Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión: 3
		Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 1 de 2

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

☐ Aspirante ☐ Estudiante ☐ Pacientes y Acompañantes ☒ Proveedores y Contratistas
☐ Veedor ☐ Empleado o Expleado Otro. ¿Cual? _____

FINALIDAD	
GENERALES	<p>La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL.</p> <p>Pago de obligaciones contractuales.</p> <p>Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma.</p> <p>Soporte en procesos de auditoría externa/interna.</p> <p>Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente.</p> <p>Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL.</p> <p>Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar.</p> <p>Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL.</p> <p>Con propósitos de seguridad o prevención de fraude.</p> <p>Actualización de datos entregados por el Titular.</p> <p>Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.</p>

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	<p>Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral.</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Realización de procesos de elección y promoción interna.</p>
ESTUDIANTES	<p>Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos.</p> <p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio.</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas.</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	<p>Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales</p> <p>Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico</p> <p>Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono).</p> <p>Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos.</p> <p>Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente.</p> <p>Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios.</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud.</p> <p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica.</p> <p>Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas, programas especiales.</p> <p>Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario.</p> <p>Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas.</p> <p>Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil.</p> <p>Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas</p> <p>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.</p>
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	<p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad.</p> <p>Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas.</p> <p>Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social.</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL</p> <p>Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos.</p> <p>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil.</p> <p>Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.</p>

 Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL DE COLOMBIA</small>	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
	AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión: 3
		Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 2 de 2

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	<p>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo.</p> <p>Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados.</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas.</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Brindar información a empresas que solicitan verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Prevía verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información).</p> <p>Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones.</p> <p>Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital.</p> <p>Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros.</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
VEEDORES	<p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios.</p> <p>Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales.</p> <p>Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial.</p> <p>Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios</p> <p>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.</p>

DECLARACIÓN:

Yo: FEDERICO AMAYA GUACANES mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):

(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E

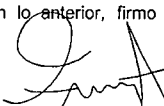
(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.

(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de IBAGUE a los (22) veintidós días del mes de Diciembre del Año 2025.

Firma: 

Nombre: FEDERICO AMAYA GUACANES

C.C No: 1.214.747.781 de: MEDELLIN

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT ____ TI: ____ Otro _____

Dirección de Correspondencia: _____

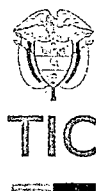
Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco _____

 Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL ESPECIALIZADO</small>	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CODIGO: GA-FR-168
		Versión: 2
		Vigencia desde:
		15/02/24
FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES		Página 1 de 1
FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA Anual _____ Al momento de la vinculación <u>X</u>		
Yo <u>FEDERICO AMAYA GUACANES</u> identificado(a) con cédula de ciudadanía N.º <u>1214747781</u> de <u>MEDELLIN</u> , vinculado(a) a esta entidad en calidad de: Directivo _____ Ordenador del gasto _____ Supervisor de contrato _____ Responsable del proceso de inspección y vigilancia _____ Interventor _____ Responsable del control interno _____ Responsable del proceso de contratación _____ Responsable de la pagaduría _____ Responsable de la tesorería _____ Otro <u>X</u> ¿Cuál? <u>REPRESENTANTE LEGAL DISTRI MEDIC ALL</u> en el cargo específico o contrato: <u>DE PRESTACION DE SERVICIOS OFTALMOLOGICOS</u> en la siguiente dependencia o área de trabajo: <u>INTERNACION MEDICA</u>		
Entiendo la presente como una medida preventiva, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente declaración de intereses particulares, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: o Que es mi interés atender la política de integridad y cumplir con los valores del servicio público del código de integridad. o Que los conflictos de intereses se pueden presentar cuando el deber propio de la función pública se ve afectado por intereses particulares, los cuales podrían influir real o potencialmente en la forma correcta del ejercicio de funciones y responsabilidades oficiales. o Que conozco lo dispuesto sobre conflictos de intereses en la normatividad vigente: Código Disciplinario Único, el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 1474 de 2011. o Que conozco las inhabilidades e incompatibilidades en mi calidad de servidor público o particular que cumple funciones públicas.		
Por lo anterior, a continuación me permito declarar mis intereses particulares: 1. Participación en sociedades y vinculación laboral Las siguientes son las sociedades, empresas, negocios, fundación, asociación u organización con o sin ánimo de lucro, de las cuales soy dueño, socio, representante legal, directivo o empleado, o lo he sido en los últimos 5 años: Entidad o negocio: <u>SALUD TOLIMA</u> Tipo de participación: <u>EMPLEADO</u> Fechas de ingreso y salida: <u>1/12/ 2022/ - 30/05/2023</u> Compromiso vigente de confidencialidad: <u>SI/XO</u>		
2. Actividades económicas o profesionales de los parientes cercanos, cónyuge o compañero permanente A continuación registro a mis familiares: cónyuge, compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, que por sus actividades económicas o profesionales de carácter privado podrían generar un potencial conflicto de intereses: Nombres y apellidos del familiar: _____ Número de documento de identidad: _____ Tipo y grado de parentesco: _____ Descripción de actividades económicas o profesionales: _____ Fechas de ingreso y salida: _____		
Otro interés particular Describa otras posibles situaciones que puedan generar un potencial conflicto de intereses por la función que desempeña (revise la normatividad sobre causales en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011): _____ _____ _____		
Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento: Firma del (la) declarante: <u>[Firma]</u> Cédula de ciudadanía N.º <u>1214747781</u> de <u>MEDELLIN</u> Fecha: <u>22 DICIEMBRE 2025</u>		
Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad. Nombre de quien recibe: _____ Firma: _____ Cédula de ciudadanía N.º _____ de _____		
Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011. Nota: La declaración de conflicto de intereses está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por la oficina de control interno de la entidad o ente responsable.		



**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 1214747781 **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 19/01/2026 10:35 AM



Código Verificación: **CUS437RVNZ**

Válida hasta: **19/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Zapata	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Arce	NOMBRES Durielly Stella
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1110464081	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 27 MES 08 AÑO 1987 PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA MUNICIPIO IBAGÜE	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA AVENIDA 24 10 10 SAN PEDRO ALEJANDRINO PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA MUNICIPIO IBAGÜE TELÉFONO 3102914054 EMAIL flaca_2708@hotmail.com	

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		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2003
EDUCACIÓN 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					
PREGRADO	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA				07	2014	3290/20141127				

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

4

IDIOMAS

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTURA CRONOLÓGICA COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD DISTRIC MEDIC ALL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGÜE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1828 COORDINADORA			DEPENDENCIA ADMINSINTRATIVO					DIRECCIÓN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE OJOS DEL TOLIMA S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGÜE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3107685171			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	19	Mes	01	Año	2016	Día	24	Mes	08	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 4H 32 BARRIO CADIZ						

69

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☒ NO ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Ibagué 13-05-2026

[Firma]

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

10

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co



21

La República de Colombia
y en su nombre
El Colegio de Bachillerato Técnico
"Nuestra Señora de Fátima de Ibagué"

Ibagué - Tolima
Entregado por la Secretaría de Educación del Tolima
Se entregó en el No. 1231 del 15 de agosto de 2000

Confiere a:

Durlelly Stella Zapata Arce
Identificada con C.I. No. 870527-52579 de Ibagué

El título de:

Bachiller Técnico
Con Especialidad en Comercio

Verificada y aprobada las pruebas correspondientes al nivel de Educación Media Técnica
y la idoneidad y programas vigentes.



En la ciudad de Ibagué, Tolima, a los 05 de Septiembre de 2000
El Jefe de Intendencia

Acta No. 001. Folio 104.

Acta No. 001. Folio 104.

Acta No. 001. Folio 104.

Director

Secretaría

Simón E. Zapata Arce

Se entregó en la ciudad de Ibagué, Tolima, a los 15 de agosto de 2000



Concepto Técnico favorable programas Auxiliares en salud. Acuerdo No. 076 Agosto 10 de 2007.
Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, licencia de
funcionamiento Resolución No. 1056 Noviembre 7 de 2007. Secretaría de Educación del Municipio de
Ibagué. Registro Programas de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Resolución 81-711 Marzo 31 de 2008 secretaria de educación Municipio de Ibagué

Confiere a:

DURLELLY STELLA ZADATA ARCE

C.C. No. LEC 464 081 de Ibagué Tolima

EL CERTIFICADO DE ADPTUD OCUPACIONAL POR
COMPETENCIAS TÉCNICO LABORAL EN:

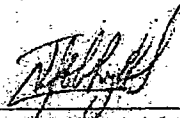
AUXILIAR EN ENFERMERIA

Con una duración de 1800 horas

Ibagué, 14 de agosto de 2014

Libro de Registro: 002 - Folio No. C-49 - Acta No. 671 - Diploma No. 495


NORBERTO VARGAS CELEMIN
Director Ejecutivo


JENNY ELENA ROJAS SAMVEDRA
Coordinadora Académica





Concepto Técnico favorable programas Auxiliares en salud, Acuerdo N° 078 agosto 10 de 2007; Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, Licencia de Funcionamiento Resolución N° 1056 Noviembre 7 de 2007, Secretaría de Educación del Municipio de Ibagué. Registro: Programa de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano Resolución S1-711 Marzo 31 de 2008. Secretaría de Educación Municipio de Ibagué

ACTA No. 057

En acto presidido por el Señor **NORBERTO VARGAS CELEMÍN** Director Ejecutivo del INSTITUTO TÉCNICO LABORAMOS "ITL", y en presencia del cuerpo de Docentes, en las Instalaciones del Instituto Técnico Laboramos, se le hace entrega a:

Durlelly Stella Zapata Arce

Con cédula de ciudadanía número 1.110.464.081 de Ibagué Tolima.

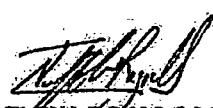
EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN:

TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cumplido una intensidad de 1.800 horas y todos los requisitos académicos, conforme a disposiciones legales.

En testimonio de lo anterior se firma la presente en Ibagué (Tolima) a los 14 días del mes de agosto del año dos mil catorce (2014).


NORBERTO VARGAS CELEMÍN
Director Ejecutivo


JENNY ELENA ROJAS SAAVEDRA
Coordinadora Académica





CLINICA DE OJOS DEL TOLIMA S.A.S.
NIT 809.001.482

**LA SUSCRITA GERENTE
DE LA CLINICA DE OJOS DEL TOLIMA S.A.S.**

CERTIFICA QUE:

La señora **DURLELLY STELLA ZAPATA ARCE** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.110.464.081 de Ibagué, laboró en nuestra entidad con contrato a término indefinido desde el 19 de enero de 2016 hasta el 28 de agosto de 2024.

Durante este período, se desempeñó inicialmente como **Auxiliar de Enfermería de Consulta Externa**, desde el 19 de enero de 2016 hasta el 30 de junio de 2021, y posteriormente como **Auxiliar de Servicios Farmacéuticos** desde el 01 de julio de 2021 hasta el 28 de agosto de 2024. Cumpliendo de manera satisfactoria las funciones propias de cada cargo.

Auxiliar de Enfermería de Consulta Externa:

- Preparar con anticipación el consultorio que le sea asignado, verificando las condiciones óptimas del espacio físico, dispositivos médicos y equipos para la consulta.
- Verificar la adecuada preparación de los pacientes para la consulta o apoyo diagnóstico y terapéutico según corresponda,
- Realizar llamado de los pacientes a través del altavoz para el ingreso a la consulta, recibéndolo e identificándolo correctamente teniendo en cuenta la agenda establecida.
- Realizar los registros en la historia clínica electrónica de acuerdo con las indicaciones y recomendaciones para procedimientos y estudios diagnósticos, según sea establecido por el especialista.
- Elaborar las fórmulas, órdenes, CTC, Mipres, formatos de contingencia y demás documentos que se requieran para la atención de los pacientes.
- Aplicar los medicamentos de acuerdo con la administración segura de medicamentos de la clínica.
- Entregar los folletos de preparación para cirugía.
- Alistar el instrumental y demás elementos que se necesiten para la consulta.
- Realizar semanalmente la limpieza y desinfección del consultorio y sus equipos según procedimiento establecido incluida sala de procedimientos, de acuerdo con la asignación realizada.
- Mantener el instrumental y material estéril en el consultorio según protocolo

3107685171

CRA. 4H CALLE 32 ESQUINA / CADIZ

SU SALUD VISUAL NUESTRA RAZON DE SER

gerencia@clinicadeojosdeltolima.com clotol@clinicadeojosdeltolima.com

IBAGUE-TOLIMA



CLINICA DE OJOS DEL TOLIMA S.A.S.
NIT 809.001.482

establecido.

- Custodiar y controlar los inventarios de equipos, instrumental, dispositivos y medicamentos del consultorio.
- Recoger todos los quipos y demás insumos al terminar la jornada, dejando el consultorio en óptimas condiciones y verificando que los equipos se encuentren apagados.
- Recibir documentos que salen de consulta y procedimientos, entregarlos a los pacientes y brindarles orientación.
- Cubrir las necesidades del servicio cuando sea requerido por la Dirección Asistencial.

Auxiliar de Servicios farmacéuticos:

- Realizar las actividades operativas de los procesos básicos del área de farmacia: Selección, adquisición, recepción técnica, almacenamiento, transporte y distribución física de medicamentos.
- Elaborar el listado básico de medicamentos de acuerdo con las principales causas de morbilidad de la Clínica.
- Actualizar el inventario de medicamentos y dispositivos médicos mensualmente.
- Realizar la proyección del pedido a la dirección administrativa de los medicamentos y/o dispositivos médicos que se requieran quien se encarga de realizar la adquisición y gestión de proveedores.
- Realizar la recepción técnica de los medicamentos y/o dispositivos médicos verificando las condiciones de transporte, la calidad del producto y de los registros sanitarios para posteriormente proceder a la legalización de estos, en caso de no cumplir con dichas condiciones deberá ubicarlos en el área de cuarentena para realizar la respectiva devolución.
- Determinar el consumo histórico de los medicamentos y dispositivos médicos, teniendo en cuenta la información de los últimos 3 meses.
- Actualizar el listado básico de medicamentos y de dispositivos médicos aprobados por el COFYTE (Comité de farmacia y terapéutica).
- Garantizar y supervisar las condiciones óptimas para el almacenamiento de los medicamentos y dispositivos médicos de la Institución, cumpliendo las normas establecidas para este proceso.
- Realizar el manejo de los lentes intraoculares garantizando: la disponibilidad, solicitud, recepción técnico-administrativa, verificación del almacenamiento, dispensación y seguimiento a dispositivos médicos implantables.
- Realizar revisión mensual de los carros de paro.
- Dispensar a los miembros del Copasst, los insumos requeridos para los botiquines de la institución.

3107685171

CRA, 4H CALLE 32 ESQUINA / CADIZ

SU SALUD VISUAL NUESTRA RAZON DE SER

gerencia@clinicadeojosdeltolima.com clotol@clinicadeojosdeltolima.com

IBAGUE-TOLIMA



CLINICA DE OJOS DEL TOLIMA S.A.S.
NIT 809.001.482

- Realizar los ingresos y las descargas del módulo de inventarios del servicio farmacéutico al software para la gestión y análisis de la información de la Institución (GEMA).
- Realizar la verificación de la facturación de los insumos implantables y excedentes.
- Elaborar el listado de medicamentos y dispositivos médicos que requieran disposición final.
- Realizar el proceso de facturación de insumos y dispositivos médicos que se reciben el servicio.
- Realizar el proceso de compra de insumos y dispositivos médicos que incluye cotización, orden de compra, envío a proveedores y recepción del producto.

Se expide a solicitud de la interesada a los (13) días del mes de enero de dos mil veintiséis (2026).


WILHELM CAMARGO HERNANDEZ
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

XX



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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

Certifica
Durlelly Stella Zapata Arce
CC 1110464081 de Ibagué, Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-12-24
Fecha de vencimiento: 2027-12-24

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

18

 **SECRETARÍA DE SALUD
DEPARTAMENTAL**

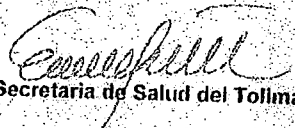
 **DURLELLY STELLA ZAPATA-ARCE**
1110464081

REGISTRO N°. 3290 2014-11-27

Inscripción
15312/2014 73 3290/27-11-2014

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

El presente carné es válido para dar cumplimiento a lo establecido en los Decretos 1875 de 1994, 1352 de 2000 y 860 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.


Secretaria de Salud del Tolima



Este carné es personal e intransferible.
Si es encontrada fuera devuélvela a la Secretaría de Salud del Tolima



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015.
Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Durlelly Stella Zapata Arce
CC 1110464081 de Ibagué, Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud
con un total de 48 Horas.



Fecha de emisión: 2025-01-02
Fecha de vencimiento: 2026-12-02



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

Verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesperanza.org.co

[Signature]

SOLANGE COVALEDA
Representante Legal.

[Signature]

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Director Administrativo
TP. No 70976 - 051880. Copnia

[Signature]

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista

88

Resultado General -2025-12-23-7:26:50 AM

CC	1110464081	DURLELLY	STELLA	ZAPATA	ARCE	Vigente	Var
----	------------	----------	--------	--------	------	---------	-----

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) DURLELLY STELLA ZAPATA ARCE identificado(a) con CC 1110464081 registra la siguiente información:

2025-12-23-7:26:50 AM

Información Académica

AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2014-11-27	3290	GOBERNACION DEL TOLIMA
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	2021-08-12	2135	GOBERNACION DEL TOLIMA

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).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.110.464.081**

ZAPATA ARCE
APELLIDOS

DURLELLY STELLA
NOMBRES

[Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

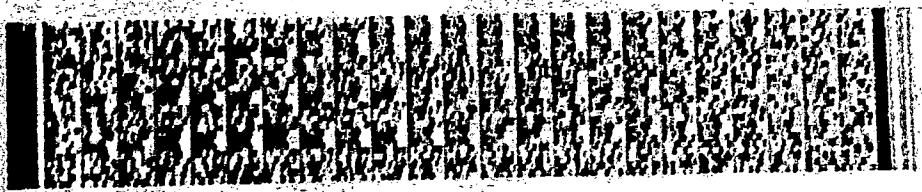
FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-1987**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-SEP-2005 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANGEL SANCHEZ TOCARI



A-2600100-00256843-F-1110464081-2010/322 0024046814A-1 6380034032



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

82

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 lunes 19 de enero de 2026, a las 09:30:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1110464081
Código de Verificación	1110464081260119093001

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289077309**



PIB

09:09:59

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de enero 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) DURLELLY STELLA ZAPATA ARCE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110464081:

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>



Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:37:47 AM horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1110464081**

Apellidos y Nombres: **ZAPATA ARCE DURLELLY STELLA**

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: 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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/01/2026 03:06:46 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1110464081** y Nombre: **DURLELLY STELLA ZAPATA ARCE.**

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. **132914694** . 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**Dios y
Patria**

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

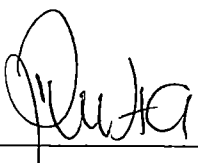
**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA** GOV.CO

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad.

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Dorelly Stella Zapata Arce identificado (a) con C.C
1110464081 expedida en Ibagué, por medio del presente
documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ
TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido
en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis
antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales
contra menores de edad.

Atentamente;



c.c 1110464081

FECHA EXPEDICION C.C: 24-09-2005

87

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:52:43 horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1110464081**,
Apellidos y Nombres **ZAPATA ARCE DURRELLY STELLA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **distrimedical**, con NIT **901695718-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN


DURLELLY STELLA ZAPATA ARCE
Tipo de identificación

Cédula de ciudadanía

Número de identificación

1110464081

Fecha de nacimiento

27/08/1987 00:00

Edad

37 años, 5 meses y 0 días

Motivo de Priorización

Sin motivo

INFORMACIÓN USUARIO

REALIZAR SEGUIMIENTO

APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS

VER CARNE

VER RESUMEN

Resultado de consulta de usuario: 6

Edad	Tipo de esquema	Biológico	Dosis	Fecha de aplicación	Lote	Fabricante	Institución vacunadora	Nombre vacunador	País vacunador
12 meses	PAI	Fiebre amarilla	Única	23/11/2024	23F0031	Fabricante	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	EDNA VICTORIA MENDOZA GUALTEROS	COLOMBIA
Sin rango de edad	PAI Adicional	COVID PFIZER	Segunda	29/04/2021	ER9449	PFIZER	PROMOVER LTDA	LUISA FERNANDA MICAEL BLANCO	COLOMBIA
Sin rango de edad	PAI Adicional	Hepatitis B Adultos	Primera	09/10/2015	UFX15002	No registra	BIOTOSCON A	ANA	COLOMBIA
Sin rango de edad	PAI Adicional	Hepatitis B Adultos	Segunda	12/11/2015	1434015	No registra	BIOTOSCON A		COLOMBIA
Sin rango de edad	PAI Adicional	Hepatitis B Adultos	Tercera	06/05/2016	WF6414003	No registra	BIOTOSCON A		COLOMBIA
Sin rango de edad	PAI Adicional	TD Adulto	Tercera	10/08/2016	221501316A	No registra	IBAGUE UNIDAD ATENCION PRIMARI	JAIME ANDRES GUZMAN AGUDELO	COLOMBIA

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Durkelly Stella.**

Apellidos: **ZAPATA ARCE.**

Documento de identidad: C.C. ☒ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: **1110464081**

Fecha de nacimiento: Día: **27** Mes: **08** Año: **1987**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	23-11-24	23FD031	ASIR Victoria
Toxide Tetánico - Difterico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelarar	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Centro Médico IBAGUE
Calle Colombia
NIT: 901 041 591-3
Transversal 1 Sur - 44 - 229 Tel: 264 1671
Zona Industrial de Pequeño
IBAGUE - TOLIMA

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	19 01 24	230049	Geraldine C
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	08-04-2021	Pfizer	6W3344	Promover	Yurielis Peña	1110542355
	2	29-04-21	Pfizer	6R9449	Promover	Yurielis Peña	28900144

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diférico Td	1			
	2			
	3	10 AGO 2018	221501316A	Andrés
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	10 AGO 2018	VSDU8009	Andrés
Virus de Papiloma Humano				
DPTA	1	10 OCT 2018	AC378217AB	Andrés
CELUAR				

91

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA					
Código: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión:1	Página 1 de 1	

Fecha: 24-Diciembre-2025

IDENTIFICACIÓN

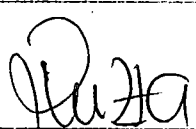
Nombre Completo: Duxtelly Stella Zapata Arce

Documento de Identidad: 1110464081 de: Ibague

Fecha Nacimiento: 27-08-1987 Edad: 38 años Sexo: F

Celular: 3102914054

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		


 FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión: 2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR [] CONTRATISTA DE SERVICIOS [X] T.H DE LA EMPRESA []
 ESTUDIANTE [] RESIDENTE [] VISITANTE [] OTRO []
 CUAL _____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.- USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

- Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
- Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

 Federico Lleras Acosta <small>E.S. HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión: 2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 2 de 2

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 19-01-2026 Ciudad: Ibagué

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Duitelly Stella Zapata Arce

No. C.C : 1110464081

FIRMA: 

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

2. The second part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

3. The third part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

4. The fourth part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

5. The fifth part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

6. The sixth part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

7. The seventh part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

8. The eighth part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

9. The ninth part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

10. The tenth part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

11. The eleventh part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

12. The twelfth part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

13. The thirteenth part of the document is a list of the names of the persons who have been named in the proceedings.

 Federico Lleras Acosta HOSPITAL DE TOLIMA	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136 Versión: 3 Vigente desde: 27/07/2023 Página: 1 de 2
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

☐ Aspirante ☐ Estudiante ☐ Pacientes y Acompañantes ☐ Proveedores y Contratistas
☐ Vendedor ☒ Empleado o Exempleado ☐ Otro. ¿Cual? _____

FINALIDAD	
GENERALES	La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL. Pago de obligaciones contractuales. Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma. Soporte en procesos de auditoría externa/interna. Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente. Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL. Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar. Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL. Con propósitos de seguridad o prevención de fraude. Actualización de datos entregados por el Titular. Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen:

ASPIRANTES	Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Realización de procesos de elección y promoción interna.
ESTUDIANTES	Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos. Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio. Realización de publicaciones internas y externas. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales. Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico. Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono). Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos. Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente. Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios. Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos. Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud. Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios. Ofrecer información sobre campañas, programas especiales. Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario. Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas. Elaboración de informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil. Delineamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad. Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas. Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL. Desarrollar el objeto social de HOSPITAL, conforme a sus estatutos. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil. Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.

 Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
	AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión: 3
		Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 2 de 2
FINALIDAD		
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo. Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados. Realización de publicaciones internas y externas. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Brindar información a empresas que solicitan verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previa verificación de fuente y uso de datos, se debe contar en la verificación más no en el suministro de la información). Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones. Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital. Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.	
VEEDORES	Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios. Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales. Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial. Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.	

DECLARACIÓN:

Yo, Daniely Stella Zapata Arce mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):

(a) Reconozco que el Ingreso de Información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E

(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.

(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibagué a los (23) días del mes de Diciembre del Año 2025.

Firma: [Firma]

Nombre: Daniely Stella Zapata Arce

C.C No: 1110464081 de: Ibagué

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT _____ TI: _____ Otro _____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor: _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor: _____ Parentesco _____



**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 1110464081 **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 19/01/2026 09:28 AM



Código Verificación: **C7VLZX5HA2**

Válida hasta: **19/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

94

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
ETAPA PREPARATORIA						
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA					
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo					SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
ETAPA PRECONTRACTUAL						
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II					
5	PROPUESTA					
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)					SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL					
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDICA					
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%					
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)					
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)					
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019					
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURIDICA (revisado previamente por el área encargada)					
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)					SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)					SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)					
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)					
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)					
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)					
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021					
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	62-108	✓			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	106-103	✓			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	104	✓			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	110	✓			

Paralela
✓ 93-101

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)				✓	
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización)	111	✓			✓
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)				✓	
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	112	✓			✓
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA				✓	✓
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	113	✓			✓
27.14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)	114	✓			✓
27.15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	115	✓			✓
27.16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	116	✓			✓
27.17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	117	✓			✓
27.18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXUALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	118	✓			✓
27.19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	119	✓			✓
27.2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	120	✓			✓
27.21	CERTIFICADO VACUNA TETANO (vencimiento 10 años)	120	✓			✓
27.22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	120	✓			✓
27.23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)				✓	
27.24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	121	✓			✓
27.25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	122	✓			✓
27.26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	123	✓			✓
27.27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	124	✓			✓
27.27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
ETAPA CONTRACTUAL						
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
TOTAL FOLIOS						

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

- 1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.
- 2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL
- 3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE

REVISAR



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Sanchez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ospina		NOMBRES Daniela		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1005911481		GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐		PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 26 MES 08 AÑO 2001		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 4 32 27 BARRIO LA GUADALEJA				
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO TOLIMA		
DEPTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUÉ		MUNICIPIO IBAGUÉ		
MUNICIPIO IBAGUÉ		TELÉFONO		EMAIL danielasanchezospina@gmail.com		

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		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2018

EDUCACIÓN 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	
PREGRADO	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	04	2024	90139929

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD DISTRI MEDIC ALL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGÜE				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	14	Mes	07	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIGITADOR, TRANSCRIPTOR		DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD				DIRECCIÓN HOSPITAL FEDERICO LLERAS SEDE LIMONAR							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SALUD TOLIMA S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO ESPINAL				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	10	Mes	05	Año	2024	Día	21	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA ADMINISTRACION Y ASISTENCIAL				DIRECCIÓN CALLE 4 6 29 hospital san rafael							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO	
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	Día:	Mes:	Año:	Día:
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO		DIRECCIÓN	

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 VERDADEROS. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Ibagué 21- Enero - 2016

Daniela Sánchez Ospina.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

101

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa
"Liceo Nacional"

Ibagué, Tolima

*Autorizada por la Secretaría de Educación Municipal,
según Resolución No. 4106 del 13 de noviembre de 2018*

Confiere a:

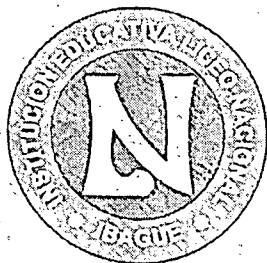
Daniela Sánchez Ospina

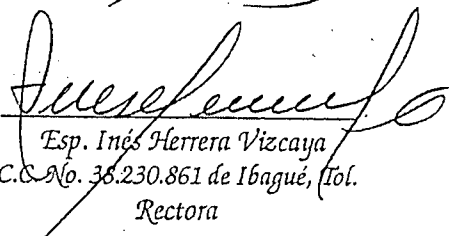
Identificada con T.I. No. 1.005.911.481 de Ibagué

El Título de:

Bachiller Académico
con Profundización en Ciencias Naturales

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel
de Educación Media, según los Planes y Programas vigentes*

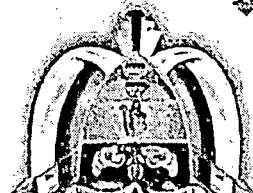


3 3

Esp. Inés Herrera Vizcaya
C.C. No. 38.230.861 de Ibagué, Tol.
Rectora

Dado en Ibagué, Tolima a los 07 días del mes de diciembre de 2018

Acta General de Grado No. 069 del 07 de diciembre de 2018

Libro No. 004 Folios: del 34 al 38



Institución Educativa
Dirección Nacional
Sbagué - Toluca

Registro Educativo 131009 - 131066

Código Jefes Jornada Tarde 015859

Inscripción Dane No. 17300 1000367 No. 8907017975-4

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Sbagué, a los siete (7) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018), se reunieron la Rectora y el Comité de Evaluación y Promoción con el fin de formalizar la graduación de las estudiantes de último grado de la Institución Educativa Liceo Nacional. Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal, para otorgar el Título de Bachiller Académico y expedir el correspondiente Diploma, según Resolución No. 4106 de fecha 13 de noviembre de 2018.

Comprobada la situación académica y legal de cada una de las estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, y confrontar que cumplieron con los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el Título de:

Bachiller Académico

con Profundización en Ciencias Naturales

A la Graduanda cuyos nombres, apellidos e identificación, se relacionan a continuación:

Daniela Sánchez Ospina

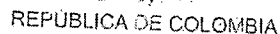
Identificado (a) con T.G. No. 1.005.911.481 de Sbagué

Es copia tomada del Libro de Actas Generales de Grado No. 004, Folios: del 34 al 38 Acta No. 069 de Fecha 07 de diciembre de 2018

Dada en Sbagué Toluca, a los siete (07) días del mes de diciembre de 2018.

[Firma]
Esp. Mgs. Herrera Vizcaya
C.E. No. 38.230.861 de Sbagué
Rectora

Carrera 5 Calle 29 esquina Teléfono 5152162 - 5152170



En Cumplimiento de la Ley 112 de 1994 y en atención a que

Con Cédula de Circulación No. 1065911481

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

ENFERMERIA.

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Girardot,
a los seis (6) días del mes de febrero de dos mil veinticinco (2025)*

Firmado Digitalmente por

[Handwritten signature]

LUIS JAVIER PRADA PAEZ

Subdirector (F) CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL REGIONAL CUNELAMARCA

90139929 - 06/02/2025

Nº y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el www.inec.org.mx o al llamar al número 011-800-271-5544 (costo de llamada local).



REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD
EMPRESARIAL

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 90139929 - 06/02/2025

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: DANIELA SANCHEZ OSPINA. Con Cédula de Ciudadanía No. 1005911481

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE
OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN ENFERMERIA.

En constancia de lo anterior se firma la presente en Girardot, a los seis (6) días del mes de febrero de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

LUIS JAVIER PRADA PAEZ
Subdirector (E) CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

DISTRI MEDIC ALL S.A.S

A QUIEN CORRESPONDA:

EL SUSCRITO GERENTE DE DISTRI MEDIC ALL S.A.S.

CERTIFICA QUE:

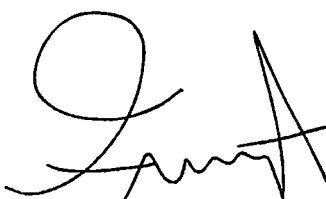
La señora **DANIELA SANCHEZ OSPINA** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.005.911.481**, labora con la empresa desde el 14 de julio de 2025, bajo contrato laboral a término indefinido desempeñándose como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el servicio de oftalmología desempeñando las siguientes funciones:

- Digitar los informes de consultas, interconsultas, valoración intrahospitalarias, procedimientos no quirúrgicos y quirúrgicos de los usuarios del servicio de oftalmología.
- Ubicar, establecer y organizar el consultorio, los equipos y materiales que se utilizarán para la realización de las consultas, diagnósticos y procedimientos no quirúrgicos.
- Ubicar, establecer y organizar el quirófano, los equipos y materiales que se utilizarán para la realización de las cirugías.
- Explicar a los pacientes nuevamente la preparación requerida para la cirugía, a fin de verificar que estos cumplan con los requisitos exigidos de preparación.
- Ingresar a la base de datos los pacientes con su respectiva información personal (nombre completo y apellidos, número de identificación, edad, sexo, atención).
- Realizar las encuestas de satisfacción a los pacientes que se les ha atendido.

DISTRI MEDIC ALL S.A.S

- Recepcionar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones interpuestas por los usuarios.
- Realizar la limpieza del equipos biomedicos, impresoras, computadores de acuerdo a las normas de bioseguridad.
- Proporcionar a los pacientes materiales como toallas de papel para limpieza cuando lo requieran.
- Imprimir y guardar en la base de datos el informe de las diferentes atenciones.

Para su presentación a quien corresponda éste documento se emite a los diecinueve (19) días del mes de enero de 2026.



FEDERICO AMAYA GUACANES
CC 1.214.747.781

SALUD TOLIMA

NIT/RUT: 900053771-2

Cl. 4 #6 - 29, Espinal, Tolima

Por medio de la presente se certifica que la señora Daniela Sánchez Ospina, identificada con cédula de ciudadanía No. 1005911481, expedida en Ibagué- Tolima, laboró en nuestra empresa desde el día 14 de mayo 2024 hasta el día 20 de diciembre 2024, desempeñando el cargo de auxiliar de enfermería, administrativo.

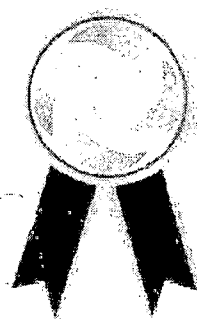
Con las siguientes funciones: atención al usuario, información del consentimiento informado a la hora de intervención, canalización, preparación y guía a la zona de estudio para el paciente, asignación de citas y programación, labores administrativos de los servicios prestados.

Durante su permanencia en la empresa ha demostrado responsabilidad y compromiso con sus funciones.

Nelly Diaz M.

Atentamente,

Cargo: Coordinadora



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

CERTIFICA QUE
DANIELA SÁNCHEZ OSPINA

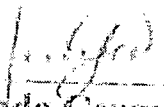
IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1005911481

Asistió al Curso Básico

SOPORTE VITAL BÁSICO RCP(BLS)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA, A LOS 15 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXTIENDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.


Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente



VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 1150 DE 1993 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL RESOLUCIÓN 1300 DE 2019 ESTÁNDAR DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN CONTINUA
PARA LA EDUCACIÓN CONTINUA



Gobernación
Cundinamarca

RESOLUCIÓN No. 25-728 De 2025

06 DE MARZO DE 2025

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional"

LA SECRETARÍA DE SALUD

En uso de sus facultades legales y reglamentarias en especial las conferidas por el Decreto 1352 del 2000 por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, demás normas concordantes y.

CONSIDERANDO:

Que, SANCHEZ OSPINA DANIELA, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1.005.911.481, expedida en IBAGUE, TOLIMA, solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización para ejercer la ocupación denominada TÉCNICO EN ENFERMERÍA; diploma otorgado por EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA en GIRARDOT CUNDINAMARCA, según ACTA DE GRADO No. 90139929 del 06 de febrero de 2025.

Que, dicho certificado de aptitud ocupacional no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 21, de la Resolución 06211 de 1989.

Que, estudiada la documentación presentada por la solicitante, esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que, en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a SANCHEZ OSPINA DANIELA, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1.005.911.481, expedida en IBAGUE, TOLIMA, para ejercer la ocupación denominada TÉCNICO EN ENFERMERÍA, y tiene efectos en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Con la presente Resolución la ciudadana quedará inscrita en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ARTÍCULO TERCERO: Notificar personalmente la presente Resolución, conforme a lo dispuesto en el artículo 67 y siguientes del CPACA, advirtiéndole que contra la misma procede el recurso de reposición, el cual podrá interponer dentro de los diez (10) siguientes a su notificación, acorde con el artículo 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. En el evento de no hacerse la notificación personal, se notificará por aviso en los términos del artículo 69 del CPACA. En caso de hacer uso de la notificación electrónica dispuesta en el artículo 56 del CPACA, el notificado aportará debidamente diligenciado y firmado el formato M-PDS-DRS-FR-020.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C, el 06 de marzo de 2025

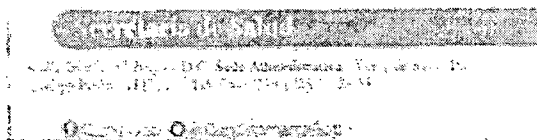
NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA

Secretaría de Despacho

Procedente: Unidad Ejecutiva - Gobernación - Cundinamarca - 2025
Remite: Unidad Ejecutiva - Gobernación - Cundinamarca - 2025
Límite: Máximo Cuatro (4) días hábiles de recepción de la solicitud

494 3/4/2025

UNIDAD EJECUTIVA



MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S

NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

DANIELA SANCHEZ OSPINA

LEMPERCA DO CON CIBDA DE CIUDADANIA No 1005911481

Asistió al Curso Básico

IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD (ISS)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE CERTIFICADO ES VERDADERA Y CORRECTA, ASÍ COMO LA IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE.

GERENCIAL

[Firma]

Sally Ferrer Cerquera Ortiz
Gerente



DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE CERTIFICADO ES VERDADERA Y CORRECTA, ASÍ COMO LA IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE.

GERENCIAL

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE CERTIFICADO ES VERDADERA Y CORRECTA, ASÍ COMO LA IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE.

Resultado General -2025-12-23-8:10:10 AM -2025-12-23-8:20:15 AM -2025-12-23-8:29:00 AM
-2025-12-23-8:44:52 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1005911481	DANIELA		SANCHEZ	OSPINA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DANIELA SANCHEZ OSPINA identificado(a) con CC 1005911481 registra la siguiente información:

2025-12-23-8:44:52 AM

Información Académica

Programa	Origen Certificación	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Ejercicio	Nivel y Administrativo	Entidad responsable
AUX	Local	TÉCNICO ENFERMERIA	2025-03-06	728	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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).

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.005.911.481

SANCHEZ OSPINA

APELLIDOS

DANIELA

NOMBRES

Daniela Sánchez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-2001
IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

A+

ESTATURA

G.S. RH

F

SEXO

05-SEP-2019 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-2900100-01108140-F-1005911481-20191107

0068737562A 2

53798770

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

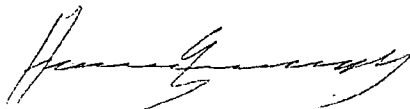
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 19 de enero de 2026, a las 09:31:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1005911481
Código de Verificación	1005911481260119093133

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289077741



PIB
09:12:36
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de enero 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) DANIELA SANCHEZ OSPINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005911481:

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>

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento 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 09:40:04 AM horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1005911481**

Apellidos y Nombres: **SANCHEZ OSPINA DANIELA**

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: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelía, 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-
ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-ato@policia.gov.co)



11X

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, 19/01/2026 10:28:05 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1005911481** y Nombre: **DANIELA SANCHEZ OSPINA.**

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. **132871654** . 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 Búsqueda

Imprimir

515 9000

**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA**

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad.

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Daniela Sánchez Ospina identificado (a) con C.C
1005911481 expedida en Ibagué, por medio del presente
documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ
TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido
en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis
antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales
contra menores de edad.

Atentamente;

Daniela Sánchez Ospina

C.C 1005911481

FECHA EXPEDICION C.C: 05 - Septiembre - 2019

**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 12:15:39 horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1005911481**,
Apellidos y Nombres **SANCHEZ OSPINA DANIELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital federico lleras**, con NIT **890706833-9** 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>

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 59723271-84ed-48b5-b9ed-037a3ca17893

Nombres y apellidos / Full name

DANIELA SANCHEZ OSPINA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 5 9 1 1 4 8 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

26/08/2001

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

1

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
		Día	Mes	Año				
Vaccine	Doses	Day	Month	Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
COVID ASTRAZENECA	Primera	18	11	2021	Oxford-AstraZeneca	NL0074	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ALBA GLORIA CAMPAZ GARCIA
COVID ASTRAZENECA	Segunda	19	1	2022	Oxford-AstraZeneca	NN0224	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ALBA GLORIA CAMPAZ GARCIA
TD Adulto	Primera	23	6	2023	Serum	2331L027C	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	SANDRA PATRICIA GALINDO GUZMAN
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	23	6	2023	BUTANTAN	230049	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	SANDRA PATRICIA GALINDO GUZMAN
TD Adulto	Segunda	31	7	2023	Serum	2332L004B	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	SANDRA PATRICIA GALINDO GUZMAN
Varicela Particular	Refuerzo	27	11	2023		X009075 MSD	IPS VACUNAR COLOMBIA IBAGUE	LEIDY TRUJILLO
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	27	11	2023		220500422F DELTA	IPS VACUNAR COLOMBIA IBAGUE	LEIDY TRUJILLO
TD Adulto	Tercera	15	2	2024	Serum	2333Q012B	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	SANDRA PATRICIA GALINDO GUZMAN
Fiebre Amarilla	Única	12	5	2025	Fabricante	24F0617	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	DEISY PAEZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	12	5	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	DEISY PAEZ
COVID PFIZER JN1	Adicional	22	7	2025	PFIZER	LN8430	FLANDES ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	DANIEL SANTIAGO ABRIL LIZCANO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

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

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

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

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI. (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

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

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

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

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA					
Código: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión:1	Página 1 de 1	

Fecha: 30-12-2025

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Daniela Sánchez Ospina

Documento de Identidad: 1005911481

de: Ibagué - Tolima

Fecha Nacimiento: 26-08-2025

Edad: 24

Sexo: Femenino

Celular: 3213133920

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		

Daniela Sanchez Ospina.
FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

 Federico Lleras Acosta	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Versión: 2
		Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR [] CONTRATISTA DE SERVICIOS ☒ T.H DE LA EMPRESA []
ESTUDIANTE [] RESIDENTE [] VISITANTE [] OTRO []
CUAL _____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.- USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

- a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
- b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento
NO CONTROLADO

	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión: 2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 2 de 2

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 23 - Diciembre - 2025 Ciudad: Ibagué - Tolima.

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Daniela Sánchez Ospina

No. C.C : 1005911481

FIRMA: Daniela Sánchez Ospina

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

 Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		CÓDIGO: GA-FR-136
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		Versión: 3
			Vigente desde: 27/07/2023
			Página: 1 de 2

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

☐ Aspirante ☒ Estudiante ☐ Pacientes y Acompañantes ☐ Proveedores y Contratistas
☐ Veedor ☒ Empleado o Expleado ☐ Otro. ¿Cual? _____

FINALIDAD	
GENERALES	<p>La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL.</p> <p>Pago de obligaciones contractuales.</p> <p>Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma.</p> <p>Soporte en procesos de auditoría externa/interna.</p> <p>Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente.</p> <p>Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL.</p> <p>Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar.</p> <p>Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL.</p> <p>Con propósitos de seguridad o prevención de fraude.</p> <p>Actualización de datos entregados por el Titular.</p> <p>Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.</p>

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	<p>Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral.</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Realización de procesos de elección y promoción interna.</p>
ESTUDIANTES	<p>Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos.</p> <p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio.</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas.</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	<p>Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales</p> <p>Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico</p> <p>Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono).</p> <p>Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos.</p> <p>Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente.</p> <p>Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios.</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud.</p> <p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica.</p> <p>Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas, programas especiales.</p> <p>Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario.</p> <p>Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas.</p> <p>Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil.</p> <p>Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas</p> <p>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.</p>
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	<p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad.</p> <p>Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas</p> <p>Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social.</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL</p> <p>Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos.</p> <p>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil.</p> <p>Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.</p>

 Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
	AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión: 3
		Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 2 de 2

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	<p>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo.</p> <p>Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados.</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas.</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Brindar información a empresas que solicitan verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previo verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información).</p> <p>Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones.</p> <p>Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital.</p> <p>Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros.</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
VEEDORES	<p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios.</p> <p>Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales.</p> <p>Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial.</p> <p>Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios.</p> <p>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.</p>

DECLARACIÓN:

Yo: Daniela Sánchez Ospina mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGÜE, E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):

(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E

(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.

(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento; presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de _____ a los () _____ días del mes de _____ del Año _____.

Firma: Daniela Sánchez

Nombre: Daniela Sánchez Ospina

C.C No: 1005911481 de: Ibagué - Tolima.

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT _____ TI: _____ Otro _____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor: _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor: _____ Parentesco _____



**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 1005911481 **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 19/01/2026 09:46 AM



Código Verificación: **NY2M1QCTXU**

Válida hasta: **19/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

125

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
ETAPA PREPARATORIA						
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA					
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo					SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
ETAPA PRECONTRACTUAL						
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II					
5	PROPUESTA					
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)					SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL					
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA					
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%					
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)					
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)					
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019					
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURÍDICA (revisado previamente por el área encargada)					
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)					SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)					SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)					
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)					
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)					
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)					
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021					
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCIÓN, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	130-134	✓			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	135-136	✓			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	137	✓			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	138	✓			

Claudio
Parron
Gonzalez

Claudio Parron
✓ 125-129
✓
✓
✓

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	139	✓			
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización)	140	✓			
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)	141	✓			
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	142	✓			
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA				✓	
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	143	✓			
27.14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA (vigencia menor a 3 meses)	144	✓			
27.15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA (vigencia menor a 3 meses)	145	✓			
27.16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA (menor a 3 meses)	146	✓			
27.17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	147	✓			
27.18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXUALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	148	✓			
27.19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	149	✓			
27.2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)				✓	
27.21	CERTIFICADO VACUNA TETANO (vencimiento 10 años)	150-151	✓			
27.22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	152-153	✓			
27.23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)	154	✓			
27.24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	155	✓			
27.25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	156-157	✓			
27.26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	158-159	✓			
27.27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	160	✓			
27.27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL				✓	SUPERVISOR
ETAPA CONTRACTUAL						
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)	161-163	✓			
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
TOTAL FOLIOS						

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

- 1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.
- 2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL
- 3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE

REVISAR

FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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



IDENTIFICACIÓN ☐ PAS ☐ No. 43976486		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Orrego	NOMBRES Claudia Patricia
GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DIA 12 MES 07 AÑO 1984 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: ANTIOQUIA MUNICIPIO: MEDELLÍN		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS: _____ DEPTO: _____ MUNICIPIO: _____ TELÉFONO: _____ EMAIL: claesobaro@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 8o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS DE SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TÉCNICA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADO
POSTGRADO	6	MAESTRÍA
PREGRADO	12	BACHILLERATO

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

The first part of the document is a letter from the President of the United States to the Secretary of the Navy. The letter is dated 15th day of January 1892. The President is writing to the Secretary of the Navy regarding the appointment of a new member to the Naval Academy. The President is asking the Secretary to appoint a new member to the Naval Academy. The President is asking the Secretary to appoint a new member to the Naval Academy.

The second part of the document is a letter from the Secretary of the Navy to the President of the United States. The letter is dated 15th day of January 1892. The Secretary is writing to the President regarding the appointment of a new member to the Naval Academy. The Secretary is asking the President to appoint a new member to the Naval Academy. The Secretary is asking the President to appoint a new member to the Naval Academy.

The third part of the document is a letter from the President of the United States to the Secretary of the Navy. The letter is dated 15th day of January 1892. The President is writing to the Secretary of the Navy regarding the appointment of a new member to the Naval Academy. The President is asking the Secretary to appoint a new member to the Naval Academy. The President is asking the Secretary to appoint a new member to the Naval Academy.

The fourth part of the document is a letter from the Secretary of the Navy to the President of the United States. The letter is dated 15th day of January 1892. The Secretary is writing to the President regarding the appointment of a new member to the Naval Academy. The Secretary is asking the President to appoint a new member to the Naval Academy. The Secretary is asking the President to appoint a new member to the Naval Academy.



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Escobar	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Orrego	NOMBRES Claudia Patricia	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 43976486	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
FECHA DÍA 12 MES 07 AÑO 1984			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS	
DEPTO ANTIOQUIA		DEPTO	
MUNICIPIO MEDELLÍN		MUNICIPIO	
		TELÉFONO	
		EMAIL claescobaro@gmail.com	

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 ESTRUCTO 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)

RÉLACIONE 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	6	X		ESPECIALIZACION EN OFTALMOLOGIA	12	2015	4451-09
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	2008	4451-09

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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

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

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 DISTR MEDIC ALL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGÜE				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3171667276		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	17	Mes	03	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO OFTALMOLOGA		DEPENDENCIA AREA CONSULTAS						DIRECCIÓN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO OFTALMOLOGICO DEL TOLIMA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGÜE				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	05	Mes	09	Año	2024	Día	28	Mes	02	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL OFTALMOLOGA GENERAL		DEPENDENCIA OFTALMOLOGA						DIRECCIÓN CARRERA 4B 31 33 BARRIO CADIZ					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																									
EMPRESA O ENTIDAD SO SERVICIOS MEDICOS Y OFTALMOLOGICOS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA																	
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA		MUNICIPIO MEDELLÍN				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO																	
		Día		01		Mes		06		Año		2016		Día		28		Mes		02		Año		2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL OFTALMOLOGIA		DEPENDENCIA OFTALMOLOGA						DIRECCIÓN CALLE 29 44 60-EL POBLADO																	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																									
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SIGMA CALI				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA																	
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA		MUNICIPIO CALI				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO																	
		Día		01		Mes		07		Año		2015		Día		30		Mes		04		Año		2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL OFTALMOLOGIA		DEPENDENCIA OFTALMOLOGIA GENERAL						DIRECCIÓN AVENIDA 3 NORTE 35 10																	

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

THEORY

1. INTRODUCTION

The purpose of this study is to investigate the effects of various factors on the performance of a system.

The study is divided into two main parts: a theoretical analysis and an experimental investigation.

The theoretical analysis is based on the following assumptions:

1. The system is a closed system.

2. The system is in a steady state.

3. The system is homogeneous.

4. The system is isotropic.

5. The system is in equilibrium with its surroundings.

6. The system is in contact with a reservoir.

7. The system is in contact with a heat source.

8. The system is in contact with a heat sink.

9. The system is in contact with a work source.

10. The system is in contact with a work sink.

11. The system is in contact with a work source and a work sink.

12. The system is in contact with a work source and a heat source.

13. The system is in contact with a work source and a heat sink.

14. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source.

15. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat sink.

16. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink.

17. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a work source.

18. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat sink and a work sink.

19. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a work source and a work sink.

20. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink.

21. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat source.

22. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat sink.

23. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat source and a heat sink.

24. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat source and a work source.

25. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat sink and a work sink.

26. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat source and a work source and a work sink.

27. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat sink and a work sink and a work source.

28. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat source and a work source and a work sink and a heat source.

29. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat sink and a work sink and a work source and a heat source.

30. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat source and a work source and a work sink and a heat sink and a heat source.

31. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat source and a work source and a work sink and a heat sink and a work source.

32. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat source and a work source and a work sink and a heat sink and a work sink and a heat source.

33. The system is in contact with a work source and a work sink and a heat source and a heat sink and a work source and a work sink and a heat source and a work source and a work sink and a heat sink and a work source and a heat source.

129

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 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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 50.º DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento IBAGUE 21/01/2026

CLAUDIA P. ESCOBAR O

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

1. The first part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

2. The second part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

3. The third part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

4. The fourth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

5. The fifth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

6. The sixth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

7. The seventh part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

8. The eighth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

9. The ninth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

10. The tenth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

11. The eleventh part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

12. The twelfth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

13. The thirteenth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

14. The fourteenth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

15. The fifteenth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

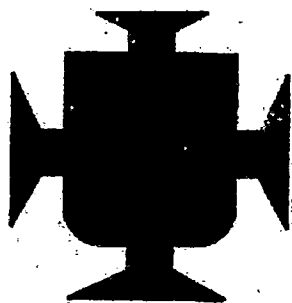
16. The sixteenth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

17. The seventeenth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

18. The eighteenth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

19. The nineteenth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.

20. The twentieth part of the paper is devoted to a discussion of the general principles of the theory of the structure of the human mind.



130

Universidad Pontificia Bolivariana

PERSONERÍA JURÍDICA SEGÚN RESOLUCIÓN EJECUTIVA No. 48 DEL 22 DE FEBRERO 1937 MINISTERIO DE GOBIERNO

teniendo en cuenta que

Claudia Patricia Escobar Orrego

Cédula de ciudadanía 45.976.486 expedida en Medellín (Ant)

Cursó y aprobó los estudios exigidos por las normas legales
reglamentarias vigentes, le confiere el título de

Médico y Cirujano

En testimonio de ello le expide el presente diploma
en Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia
el día 11 del mes de Diciembre del año 2008

El Rector

El Decano

El Secretario General

Diploma registrado con el No.
el día

000014761 -1
11 de Diciembre de

en la ciudad de Medellín.
2008

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Regístrase este Título para todos los efectos
legales.
5-4451



Universidad
Pontificia
Bolivariana

131

ACTA DE GRADO No. 011 - 2008
Del 11 de Diciembre de 2008

En la ciudad de Medellín la Universidad Pontificia Bolivariana con Personería Jurídica reconocida mediante la Resolución No. 48 del 22 de febrero de 1937, expedida por el Ministerio de Gobierno, en Ceremonia de Grado y previo el solemne juramento de rigor, confirió el título de:

MÉDICO Y CIRUJANO

A

Claudia Patricia Escobar Orrego
CC.43976486 de Medellín (Ant)

En cuanto cursó y aprobó la totalidad de las asignaturas correspondientes al plan de estudios de:

MEDICINA

Registro MEN - CNIES 1710057000000011100

y quien realizó y aprobó como requisito para la obtención del título de:

CARACTERÍSTICAS DEL DOCTORADO EN MEDICINA
PRIMERA VEZ EN LA HISTORIA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

El Rector

La Rectora

El Decano



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional



La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Especialista en Oftalmología

■

Claudia Patricia Escobar Orrego

Identificado con C.C. 3.397.408

En testimonio de ello le expide el presente Diploma,
en la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,
a los 4 días, del mes de Diciembre de 2015

El Rector

Se promulga en el Boletín de la Universidad del Valle, No. 1, de 2016, página 10.

El Decano

049050



Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No 911

En la ciudad Santiago de Cali del Departamento del Valle del Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 923 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle; el día 4 de Diciembre de 2015, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministro de Educación Nacional, confiere el título de:

ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA

RG 120356170707600111100 SNIES

a:

CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO

Identificada con C.C. 43976486

El diploma correspondiente le será entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 923 y anotado en el libro 3 Folio 287 Registro 3 de la Universidad del Valle.

(Fdo) Edgar Varela Barrios

- Rector

(Fdo) Luis Carlos Castillo Gómez

- Secretario General

Se firma en Santiago de Cali, el 4 de Diciembre de 2015

MARTA SOFÍA COTACIO TORRES

Jefa División de Admisiones y Registro Académico



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

15 de agosto de 2025

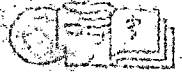
Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



OPS

FIU

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



CAMPUS
VIRTUAL
DE SALUD
PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/moot/moot/simplecertificate/verify.php?codigo=CB1005941-2b44-4ef4-b6f3-0e45ac1f083d>

DISTRIC MEDIC ALL S.A.S

135

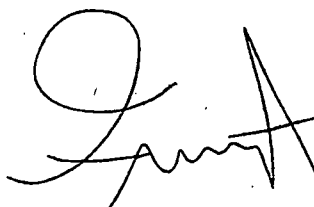
A QUIEN CORRESPONDA:

EL SUSCRITO GERENTE DE DISTRI MEDIC ALL S.A.S.

CERTIFICA QUE:

La señora CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO identificada con cédula de ciudadanía No. 43976486, presta sus servicios con la empresa desde el 17 de marzo de 2025, bajo contrato de prestación de servicios desempeñándose como médico oftalmólogo realizando funciones de consulta, diagnóstico, procedimiento no quirúrgico y cirugía oftalmológica.

Para su presentación a quien corresponda este documento se emite a los veinte (20) días del mes de enero de 2026.



FEDERICO AMAYA GUACANES
GERENTE
CC 1.214.747.781

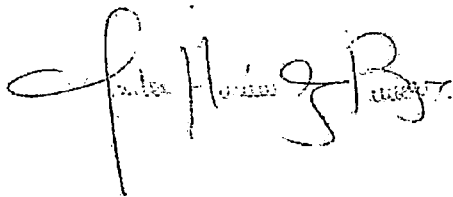
Bogotá, D.C. 18 de Febrero de 2025

CONSTANCIA

Por medio de la presente nos permitimos hacer constar que el(la) señor(a) **CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **43.976.486** tiene suscrito con **SO SERVICIOS MÉDICOS Y OFTALMOLÓGICOS S.A.S** **CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD COMO MEDICO OFTALMOLOGO** desde el día 01 de Junio de 2016, con un promedio de honorarios por valor de **NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS MCTE (\$9.859.379)**.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado, a los 18 días del mes de Febrero del año 2025.

Atentamente,



CLAUDIA HERNANDEZ BURGOS
Coordinadora de Gestión Humana

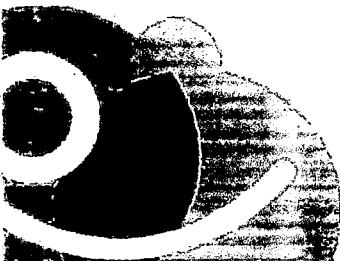
c.c Fólder contratista

NIT 800.233.471-8

Bogotá Cll 100 No. 7-33 Edificio Capital Tower Torre 1 Ofc. 803
Tel. +57 (1) 6055828 Ext. 106 - 180

Medellín Avenida 37 No. 75-11 piso 2, Parque de Laureles
Tel. +57 (4) 3699050

Siempre la libertad de 



MEDICPLUS SAS

NIT: 901800420-1

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°43976486

Asistió al curso de:

SOPORTE VITAL AVANZADO- ACLS

Con una intensidad horaria de 70 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 29/11/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifica Validez



LEIDY TRIANA

**LEIDY TRIANA
GERENTE
CC 1.069.734.244**



FREYNER LEÓN

**FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330**



La salud
es de todos

Minsalud



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO
C.M.C.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR
ORREGO
C.C. 43976486



MÉDICO
Universidad Pontificia Bolivariana

Medellín

Grado: 11/12/2008
Rethus: 14/09/2009



ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA





CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA



MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 43976486

Realizó y aprobó el Curso básico de:

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y
EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)
(BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-12-24.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA
GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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



CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA



MEDICPLUS
CERTIFICADOS FLEJOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

Nº: 43976486

Realizó y aprobó el Curso básico de:

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS) (CURSO BÁSICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-01-30, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

[Signature]

BOGOTÁ, D.C. 1113628529

[Signature]

BOGOTÁ, D.C. 1000730530

[Signature]

BOGOTÁ, D.C. 1069711431

VERIFIQUE SU VALIDAD



RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 4390 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL RESOLUCIÓN 1000730530 DE 2025 ESTANCIAR DE TÍTULO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

141

C4397648600291634

Código de verificación

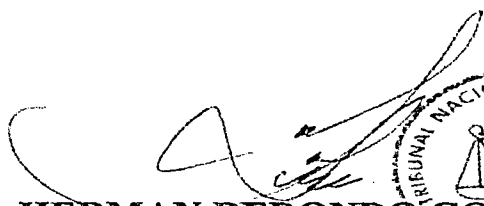
EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO**, identificado(a) con C.C. No. 43976486 y T.P. o R.M. No. 05 4451/2009 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 martes 23 diciembre 2025 a solicitud del(a) interesado(a).


HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente



Calló 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Jols. (601)7212847 Bogotá D. C.

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com

Resultado General -2025-12-23--8:10:10 AM

CC	43976486	CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO	Vigente	Ver
----	----------	---------------------------------	---------	---------------------

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO identificado(a) con CC 43976486 registra la siguiente información:

2025-12-23--8:10:10 AM

Información Académica

UNV	Local	MEDICINA	2009-09-14	5445109	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN OFTALMOLOGIA	2015-12-04	80767	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Presto SSO	Local	COLOMBIA ANTIOQUIA CAICEDO	2009-03-01	2009-08-31	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
------------	-------	----------------------------	------------	------------	--	----------	---------------------------

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43976486

ESCOBAR ORREGO
APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES

CLAUDIA ESCOBAR
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1984
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

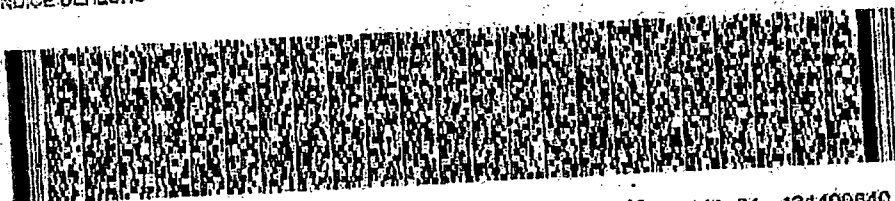
1.60
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

24-JUL-2002 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-0100100-14108243-F-0043976486-20021210

0477802344A 01 131400640

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

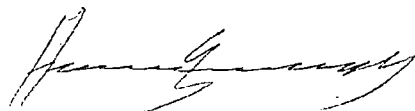
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 19 de enero de 2026, a las 09:32:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	43976486
Código de Verificación	43976486260119093232

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289077596



145
PIB
09:11:46
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de enero 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) CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 43976486:

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>



Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento 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.

146



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:38:16 AM horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 43976486

Apellidos y Nombres: **ESCOBAR ORREGO CLAUDIA PATRICIA**

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: 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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



14x

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, 19/01/2026 11:02:31 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **43976486** y Nombre: **CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO.**

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. **132878582** . 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 Búsqueda

Imprimir

**Dios y
Patria**

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

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA**

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad.

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo CAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORRIGO identificado (a) con C.C
43976486 expedida en MEDELLIN, por medio del presente
documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ
TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido
en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis
antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales
contra menores de edad.

Atentamente;

CAUDIA P. ESCOBAR

C.C 43976486

FECHA EXPEDICION C.C: 24 JULIO 2002

149

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 12:15:00 horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **43976486**,
Apellidos y Nombres **ESCOBAR ORREGO CLAUDIA PATRICIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital federico lleras**, con NIT **890706833-9** 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>

PROMOVER SAS

Servicio con calidez humana

Dirección: Cra. 4B. # 33-08 Barrio: Cádiz, Ibagué - Tolima

Contacto Celular: 3157127822

Certificado
de
Vacunación

NOMBRES:

Claudia Patricia

APELLIDOS:

Escobar

DOCUMENTOS:

43 976 486

FECHA DE NACIMIENTO:

151

INFLUENZA INMUNIZACION		
Fecha de vacunación	Lote	Firma
2-feb-2025	1425	Andres T

INFLUENZA INMUNIZACION		
Fecha de vacunación	Lote	Firma

HEPATITIS A		
Fecha de vacunación	Lote	Firma

(DPT) Dosis		
Fecha de vacunación	Lote	Firma
5-10-2021	AC37B3558E	Jonifos GRESB

(S R) SARAMPION Y RUBEOLA		
Fecha de vacunación	Lote	Firma

(DPT) SARAMPION - RUBEOLA - PARATIDITIS		
Fecha de vacunación	Lote	Firma

TOXOIDE TETANICO			
Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1º	10-Ago-2021	23311011C	Donna Gu
2º	14-SEP-2022	23311024B	Jonifos G
3º	31-05-2023	233110270	Jonifos G
4º			
5º			

TOXOIDE TETANICO			
Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1º	10-08-2022	U3E37	Monica Fu

TOXOIDE TETANICO			
Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1º			

VARICELA			
Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1º			
2º			

MENACTRA (Meningococo)			
Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1º			

FIEBRE TIFOIDEA			
Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1º			

PROMOVER LAS
ÁREA DE VACUNACIÓN
2739402-315717822


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombre									
Apellido									
Código de verificación									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

Nombre									
Apellido									
Código de verificación									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	07/04/2022	PFIZER	UH Santa VIER	[Signature]	43996861
	2	07/04/2022	PFIZER	UH Sanjavier	[Signature]	101726034
		Jan 2nd 2022	PFIZER	CNS 10075	[Signature]	

Biológico	Dosis	Fecha	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23/01/2022	Sinergia Premium	[Signature]	101726034
	2	23/01/2022	Sinergia Premium	[Signature]	101726034



MEDICADIZ S.A.
Sede Principal: Cra. 12 sur #83 - 21 Via aeropuerto porales
2650573



Order No.: 11796764
Paciente: CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO
Identificación: 43976486
Convenio: SEGUROS BOLIVAR POLIZA
Médico: MEDICOS VARIOS
Fecha Ingreso: 2025-02-06 10:18:28
Fecha Impresión: 2025-02-20 12:11:43
Edad/Sexo: 40 / F
Teléfono: 3004243576
Sede: MEDICADIZ - SEDE SAMARIA

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
SPECIALES			
Hepatitis B-Antic. Contra HBs	MAYOR DE 500	mU/ml	

V. Referencia: Positivo Mayor 12
Técnica: ELFA

Luisa P
LUIZA FERNANDA
BACTERIOLOGA
1596

155

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA					
Código: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión:1	Página 1 de 1	

Fecha: 24/12/2025

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: CLAUDIA PATRICIA ESCOBAR

Documento de Identidad: 43976486 de: MEDELLIN

Fecha Nacimiento: 12/07/1984 Edad: 41 Sexo: FEMENINO

Celular: 300424357

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		

CLAUDIA P. ESCOBAR

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

 Federico Lleras Acosta	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión: 2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR [] CONTRATISTA DE SERVICIOS ☒ T.H DE LA EMPRESA []
 ESTUDIANTE [] RESIDENTE [] VISITANTE [] OTRO []
 CUAL _____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.- USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

- Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
- Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

 Federico Lleras Acosta	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión: 2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 2 de 2

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 23 DICIEMBRE 2025 Ciudad: IBAGUÉ

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: CELODIA PATRICIA ESCOBAR ORREGO

No. C.C : 43976486

FIRMA: CLODIA P. ESCOBAR

 <p>Federico Lleras Acosta</p>	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión: 3
		Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 1 de 2

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

☐ Aspirante	☐ Estudiante	☐ Pacientes y Acompañantes	☐ Proveedores y Contratistas
☐ Veedor	☒ Empleado o Exempleado		☐ Otro. ¿Cual? _____

FINALIDAD:	
GENERALES	<p>La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL.</p> <p>Pago de obligaciones contractuales.</p> <p>Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma.</p> <p>Soporte en procesos de auditoría externa/interna.</p> <p>Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente.</p> <p>Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL.</p> <p>Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar.</p> <p>Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL.</p> <p>Con propósitos de seguridad o prevención de fraude.</p> <p>Actualización de datos entregados por el Titular.</p> <p>Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.</p>

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	<p>Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral.</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Realización de procesos de elección y promoción interna.</p>
ESTUDIANTES	<p>Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos.</p> <p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio.</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas.</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	<p>Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales</p> <p>Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico</p> <p>Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono).</p> <p>Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos.</p> <p>Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente.</p> <p>Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios.</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud.</p> <p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica.</p> <p>Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas, programas especiales.</p> <p>Informar o invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario.</p> <p>Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas.</p> <p>Elaboración de Informes a las autoridades locales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil.</p> <p>Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas</p> <p>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.</p>
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	<p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad.</p> <p>Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas.</p> <p>Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social.</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL</p> <p>Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos.</p> <p>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil.</p> <p>Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.</p>

 Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
	AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión: 3
		Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 2 de 2

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	<p>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo.</p> <p>Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados.</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas.</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Brindar información a empresas que solicitan verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previo verificación de fuente y uso de datos, se debe contar en la verificación más no en el suministro de la información).</p> <p>Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones.</p> <p>Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital.</p> <p>Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros.</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
VEEDORES	<p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios.</p> <p>Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos o institucionales.</p> <p>Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial.</p> <p>Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios.</p> <p>Controlación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.</p>

DECLARACIÓN:

Yo: CAUOIA PATRICIA ESCOBAR ORRERO mayor de edad, identificado(a) como aparece el pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):

- (a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E
- (b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.
- (c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hfllerac.gov.co.

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de IBAGUE a los (23) 23 días del mes de DICIEMBRE del Año 2025.

Firma: CAUOIA PATRICIA ESCOBAR ORRERO

Nombre: CAUOIA PATRICIA ESCOBAR ORRERO

C.C No: 43976486 de: MEDICINA

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT _____ TI: _____ Otro _____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor: _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor: _____ Parentesco _____



**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 43976486 **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 19/01/2026 11:05 AM



Código Verificación: **JG285LMS79**

Válida hasta: **19/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

DEFENSORA DEL CONSUMIDOR FINANCIERO Estudio Jurídico Usatiz Abogados Ltda. Carrera, 11A No. 96-51 Oficina 203 Edificio Oltidy de Bogotá D.C. Teléfono: (+57) 601 610 81 Fax: (+57) 601 610 81 Bogotá Colombia. Correo electrónico: defensorachubb@usatizabogados.com Página Web: <http://www.usatizabogados.com> ATENCIÓN AL CLIENTE - Chubb Seguros Colombia S.A. Calle 72 No. 10-51 Piso 4 Bogotá D.C. Teléfono (+57) 601 319 04 02 Correo electrónico: servicioalcliente@chubb.com

Extensión de cobertura básica (De conformidad con lo descrito en el clausulado general)	Sublímite
Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza	100%
Herederos legales	100%
Cónyuges	100%
Gastos legales incurridos en una investigación iniciada contra el asegurado	100%
Gastos penales	100%

Beneficiarios:		Terceros afectados		Límite Asegurado:		Deductible		No aplica deducible para Gastos de Defensa.	
Requisitos de Asegurabilidad		Para efectos de este seguro, el Asegurado ha declarado no tener conocimiento de reclamaciones o circunstancias que den lugar a reclamaciones diferentes a las ya reportadas a Chubb Seguros, ya que las mismas estarán excluidas de cobertura.		El Asegurado ha declarado no estar involucrado en algún litigio por la prestación de sus servicios profesionales y no tener conocimiento de hechos que puedan derivar en un reclamo bajo la póliza contratada.		Para límite de \$100.000.000 a \$600.000.000: 5% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$1.000.000 por todo y cada reclamo.		Para límite de \$800.000.000 y \$1.000.000.000: 10% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$1.500.000 por todo y cada reclamo.	
Responsabilidad civil médica		En desarrollo del inciso Iro del artículo 4to de la Ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado, por culpa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales. Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad expedida en el presente documento y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.		Cobertura básica		Para límites entre \$1.000.000.000 y \$1.500.000.000: 10% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$1.500.000 por todo y cada reclamo.		Reclamo.	
Delimitación territorial y jurisdicción: Colombia		El presente certificado conservará plena validez hasta que se incurra en alguna de las causales de terminación del contrato de seguro de que se trata, establecidas en las condiciones generales o en la ley.		Fecha Inicio: 1 de julio de 2025		Fecha Fin: 30 de junio de 2026		Terminación de Vigencia del Seguro a las 24:00 Horas	
Vigencia póliza de responsabilidad civil médica		Desde las 00:00 Horas		Especialidad:		Título Asegurado:		Especialidad:	
Información del tomador		Seguro por cuenta tomada por: PROMEDICO		Información del Asegurado		Especialidad:		Especialidad:	
NIT: 890.310.418-4		Especialidad: OFTALMOLOGIA		Especialidad: ESCOBAR ORREGO CLAUDIA PATRICIA		Especialidad: OFTALMOLOGIA		Especialidad: OFTALMOLOGIA	

Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica

Póliza Matriz No 16880

Certificado Individual de Seguro No. RCMC00091679399



(+57) 601 326-6200 PBX
(+57) 601 319-0300
(+57) 601 319-0400 FAX
www.chubb.com/co

Chubb Seguros Colombia S.A.
NIT 860.026.618-6
Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

CHUBB

Cobertura para las cirugías reconstructivas	100%
Cobertura para empleados no profesionales	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamentos	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina	100%
Cobertura de daños extra-patrimoniales	100%

Condiciones adicionales a las establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad civil médica

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la ley 389 de 1997
- Fecha de Reconocimiento de antigüedad: Inicio de vigencia con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
- Por medio del presente certificado se incluye la siguiente condición a la póliza:
 Visitas a Domicilio :Queda entendido y acordado por las partes que se cubren las reclamaciones a consecuencia de la prestación de Servicios Profesionales realizados por el Asegurado en el domicilio del paciente.
 Se cubren los Actos Médicos Erróneos y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros, quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los Servicios Profesionales.
 La presente cobertura será válida solamente en los casos en los que los Daños Corporales hayan sido causados por el Asegurado y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente Póliza mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando Servicios Profesionales al paciente.
- Se elimina la exclusión 3.32
 Por medio del presente endoso se levanta la exclusión 3.31 y se incluye la siguiente cobertura:
RECLAMACIONES RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES
 Se entiende y acuerda que, habiendo pagado la prima correspondiente, la presente póliza se extiende a cubrir las reclamaciones contra el Asegurado derivadas del servicio profesional prestado por el mismo durante el traslado de los pacientes en los vehículos destinados a tal fin.
 Esta cobertura es válida únicamente en los casos en que el Asegurado se encuentre en la posición de un profesional debidamente habilitado para la atención de emergencias durante el transporte de pacientes.
 En ningún caso se cubrirán las situaciones que se describen a continuación:
 - RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS Y/O VEHÍCULOS Y/O BIENES DE TERCEROS DERIVADOS DE ACCIDENTES PROVOCADOS CON EL VEHÍCULO TRANSPORTADOR;
 - RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS AL PROPIO VEHÍCULO TRANSPORTADOR;
 - RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS A PACIENTES POR ACCIDENTES CON EL VEHÍCULO TRANSPORTADOR;
 - RECLAMACIONES DERIVADAS DE VEHÍCULOS QUE NO CUMPLAN CON LA LEY APLICABLE, INCLUYENDO, ENTRE OTROS, LOS REQUISITOS DE PROFESIONALES, MATERIALES Y EQUIPOS QUE DEBE TENER UNA AMBULANCIA, SUJETO A SU RESPECTIVA CLASIFICACIÓN.
 A los efectos de este seguro, se considera ambulancia todo vehículo (incluidas las aeronaves) que se destine exclusivamente al transporte de enfermos.
 Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.
 Demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio.

FECHA DE RETROACTIVIDAD PARA LA INCLUSION DE LA PRESENTE COBERTURA: XXXX(FECHA DE INCLUSION DE ACUERDO CON SOLICITUD DEL PROFESIONAL)

- PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES: Un periodo de 24 meses sin cobro de prima adicional de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 del Condicionado General.
- Todas las extensiones y coberturas operan dentro del límite del total agregado de la póliza.
- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones de cobertura deberán ser acordadas por escrito con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
- Términos, textos y condiciones según clausulado RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114-0001

Exclusiones adicionales a las establecidas en las condiciones generales

Chubb Insured.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Carrera. 11A No. 96-51 Oficina 203 Edificio Oficir de Bogotá D.C Teléfono: (57) (601) 610 81 61 Fax: (57) (601) 610 81 64. Bogotá-Colombia. Correo electrónico: defensor@chubbustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com> ATENCIÓN AL CLIENTE - Chubb Seguros Colombia S.A. Calle 72 No. 10-51 Piso 4 Bogotá D.C. Teléfono (57) (601) 319 04 02 Correo electrónico: servicioalcliente.co@chubb.com

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114-0001; EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

- ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGÍAS BARIÁTRICAS, SALVO AQUELLAS CIRUGÍAS QUE SEAN CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O QUE TENGAN PERTINENCIA MÉDICA POR SALUD
- QUEDA EXCLUIDA CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS CONTEMPLADAS EN LA SECCIÓN 25 DEL CONDICIONADO GENERAL.
- EXCLUSIÓN OFAC:
ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.
- EXCLUSIÓN CONDUCTA SEXUAL
EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
UNA CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.
CONDUCTA SEXUAL SIGNIFICA CUALQUIER ACTO VERBAL O NO VERBAL, COMUNICACIÓN, CONTACTO U OTRA CONDUCTA QUE INVOLUCRE ABUSO SEXUAL, INTIMIDACIÓN SEXUAL, ACOSO SEXUAL O DISCRIMINACIÓN.

Prima	
Prima Responsabilidad Civil Médica Antes de Iva	1.560.309
Iva Prima Responsabilidad Civil Médica	296.459
Prima Anual Total	1.856.768

Información importante

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.

EL PRESENTE SEGURO ESTÁ SUJETO A EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE COBERTURA QUE SE DESCRIBEN Y SE DEFINEN DETALLADAMENTE EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO Y EN LAS DE CADA UNO DE SUS AMPAROS ADICIONALES.

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

Chubb Seguros Colombia S.A.
Firma Autorizada

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Chubb. Insured.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Carrera. 11A No. 96-51 Oficina 203 Edificio Office de Bogotá D.C. Teléfono: (+57) 601 610 81 61 Fax: (+57) 601 610 81 64, Bogotá-Colombia. Correo electrónico: defensor@chubbustarizabogados.com Página Web: <http://www.ustarizabogados.com> ATENCIÓN AL CLIENTE - Chubb Seguros Colombia S.A. Calle 72 No. 10-51 Piso 4 Bogotá D.C. Teléfono (+57) 601 319 04 02 Correo electrónico: servicioalcliente.co@chubb.com

164

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
ETAPA PREPARATORIA						
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA					
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo					SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
ETAPA PRECONTRACTUAL						
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II					
5	PROPUESTA					
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)					SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL					
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA					
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%					
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)					
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)					
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019					
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURÍDICA (revisado previamente por el área encargada)					
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)					SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)					SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)					
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)					
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)					
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)					
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021					
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	168-176	✓			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	177	✓			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	178	✓			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	179	✓			

Rodriguez
165-187

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	180	✓				
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización)	181	✓				
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)	182	✓				
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	183	✓				
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA	184	✓				
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	185	✓				
27.14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA (vigencia menor a 3 meses)	186	✓				
27.15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA (vigencia menor a 3 meses)	187	✓				
27.16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA (menor a 3 meses)	188	✓				
27.17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	189	✓				
27.18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXUALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	190	✓				
27.19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	191	✓				
27.2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	192	✓				
27.21	CERTIFICADO VACUNA TETANO (vencimiento 10 años)	193	✓				
27.22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	192	✓				
27.23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)					✓	
27.24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	195	✓				
27.25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	196	✓				
27.26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	197	✓				
27.27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	198	✓				
27.27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL						SUPERVISOR
ETAPA CONTRACTUAL							
28	CONTRATO						JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL						PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)	199-200	✓				
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS						
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)						
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN						
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO						SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO						SUPERVISOR
TOTAL FOLIOS							

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

- 1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.
- 2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL
- 3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE

REVISAR



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Miranda	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Malagon	NOMBRES Rodrigo Wenceslao
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 14306428	GENERO F ☐ M ☒ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☐ EXTRANJERO ☐ PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO 8618066	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 29 MES 11 AÑO 1961 PAÍS DEPTO MUNICIPIO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS DEPTO MUNICIPIO TELÉFONO EMAIL sociedadmirar@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1976

EDUCACIÓN 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	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACION EN OFTALMOLOGIA	08	1992	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	1986	251348

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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
INGLÉS		X				X			X

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 DISTRIMEDIC ALL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGÜÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3207826431			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO						
			Día	29	Mes	04	Año	2024	Día						
									Mes		Año				
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGICA			DEPENDENCIA OFTALMOLOGA						DIRECCIÓN CALLE 85 14A 50 MANZANA 4 CASA 18						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE															
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SOCIEDAD DE ESPECIALISTAS GIRARDOT				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO GIRARDOT					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 601794322			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO						
			Día	07	Mes	02	Año	2000	Día						
									Mes		Año				
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGICA			DEPENDENCIA OFTALMOLOGA						DIRECCIÓN CALLE 13 10 49						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA JUNICAL MEDICAL SAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO GIRARDOT					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3133297020			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	15	Mes	01	Año	1996	Día		Mes	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGICA			DEPENDENCIA OFTALMIOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 6A 20 115 ALTO DE LA CRUZ				

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	30	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ~~SI~~ 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,

Ciudad y fecha de diligenciamiento 27 ENERO 2026


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La Universidad Militar Nueva Granada

Concedió la matrícula que

Rodrigo Benigno Heriberto Malagón

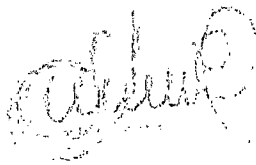
en la carrera de

En cumplimiento de los deberes legales que corresponden a la Universidad, en nombre de la República de Colombia y por intermedio del administrador de esta institución, se otorga

el título de

Médico y Cirujano

En fe de lo cual se firmó y selló el presente, en Bogotá, a los 14 días del mes de Julio de 1968



En fe de lo cual se firmó y selló el presente, en Bogotá, a los 14 días del mes de Julio de 1968

En fe de lo cual se firmó y selló el presente, en Bogotá, a los 14 días del mes de Julio de 1968

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA"

02179

Res. No. 12275 de Julio 23 de 1982 Min. Educación Nat.



Proyecto sancionado por Resolución No. 1222 del 14 de Octubre de 1980 y 0207 del 21 de Fe-
brero de 1984 del Ministerio de Educación para el Fomento de la Educación Superior ICES.

ACTA DE GRADO No. 624

En Bogotá, D.E. a los Catorce (14) días del mes de Junio de 1.986, se reunieron en la Dirección de la Universidad Militar "Nueva Granada", los siguientes funcionarios: General (r) HERNANDO CARRERA CUBIDES, Director Universidad; Coronel AUGUSTO PRADILLA GIRAUDO, Subdirector General; Capitán de Navío (r) ARMANDO PIEDRAHITA MONTUQUE, Subdirector Académico y el Capitán de Fragata (r) Doctor, GUSTAVO MALAGÓN LONDOÑO, Decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, con el objeto de estudiar los resultados académicos de unos estudiantes de la Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud y otorgar a los mismos el título de MEDICO Y CIRUJANO. Para tal efecto se procedió como a continuación se indica:

I. FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 31 y 174 del Decreto 60 de 1.960; Artículo 2o. del Decreto 2725 de 1.980; Resolución No. 12975 de Julio 23 de 1.982 del Ministerio de Educación Nacional y Resolución No. 1955 de 1.983 (Octubre 14) emanada del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICES.

II. OTORGAMIENTO DE TITULOS

La Dirección de la Universidad Militar "Nueva Granada" teniendo en cuenta que la Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, ha informado que los alumnos que mas adelante se relacionan han cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Institución y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgar el título de MEDICO Y CIRUJANO, a:

274. ALVAREZ ALVAREZ GUSTAVO ORLANDO C.C. 6.770.318 de Tunja
275. ARANGO PILONIELA CESAR ENRIQUE C.C. 79.156.612 de Usaquén

170

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA"

Res. No. 12275 de Julio 23 de 1987 Min. Educación Nat.

Nº 10748



ACTA DE POST-GRADO Nº PG-054-UBANG
ACTA Nº 035/92 H.M.C. - D.E.M.

En Santa Fe de Bogotá, D.C., a los veintiocho (28) días del mes de agosto de mil novecientos noventa y dos (1992) se reunieron los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad Militar Nueva Granada: el Señor General JESÚS ARMANDO ARIAS CABRALES, Rector; Capitán de Navío ARTURO PIEDRAHITA MANRIQUE, Vicerrector Académico; Doctor JOSÉ ANTONIO RIVAS CORREA, Decano de la Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud. Por parte del Hospital Militar Central: Mayor General JAIME HERNÁNDEZ LÓPEZ, Director; El Doctor EDGARD MATÍZ SARMIENTO, Subdirector Científico y el Doctor RAFAEL CASTRO MARTÍNEZ, Jefe de la División de Educación Médica, con el objeto de estudiar los resultados académicos de algunos profesionales que adelantaron como Residentes sus estudios de Educación Avanzada y otorgar a los mismos el título de **ESPECIALISTA**, correspondiente a cada uno de los programas que más adelante se especifican. Para el efecto se procedió como a continuación se indica.

I. FUNDAMENTOS LEGALES

Artículo 34, 35, 174 y 177 del Decreto 80 de 1980, artículo 2º. y ordinal g) del artículo 3º. del Decreto 2725 de 1980; artículo 1º del Decreto 3273 de 1985; Resolución 12975 de 1985 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdos Nº 129 y 312 de 1984 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

II. OTORGAMIENTO DE TÍTULOS

La Rectoría de la Universidad Militar teniendo en cuenta que la Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, y la División de Educación Médica del Hospital Militar Central por intermedio de su Jefe, han informado que los profesionales que más adelante se relacionan han cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Hospital Militar Central y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarles el título de **ESPECIALISTAS** en las siguientes disciplinas:

ANESTESIOLOGÍA

744. JUDY SCRAYA AVILA MEDINA

CC. 51.722.943 Bogotá, D.E.

CIRUGÍA GENERAL

745. ALBERTO JESÚS ALFREDO BALLEEN TURRIAGO

CC. 11.337.554 Zipaquirá (Cund.)

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA"

02180



El presente documento es propiedad de la Universidad Militar "Nueva Granada" y no debe ser reproducido ni utilizado sin el consentimiento expreso de la Universidad Militar "Nueva Granada".

376. RAMA RIVERA LUIS ALFREDO	C.C. 19.473.639 de Bogotá
377. RAMA OJEDA FANCY CONSTANZA	C.C. 51.712.573 de Bogotá
378. RAMIRO GONZALEZ JUAN PABLO	C.C. 79.259.849 de Bogotá
379. RAMIRO GONZALEZ HERNANDO	C.C. 19.479.562 de Bogotá
380. RAMIREZ GONZALEZ FELIPE	C.C. 79.182.932 de Bogotá
381. RAMO SANCHEZ PABLO	C.C. 79.186.934 de Bogotá
382. RANDELA RUIZ FELIPE	C.C. 19.483.457 de Bogotá
383. RANDELA RUIZ ARIANA CESILIA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
384. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
385. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
386. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
387. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
388. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
389. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
390. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
391. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
392. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
393. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
394. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
395. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
396. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
397. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
398. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
399. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
400. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
401. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
402. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
403. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
404. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
405. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
406. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
407. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
408. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
409. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
410. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
411. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
412. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
413. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá
414. RANDELA RUIZ ARIANA CRISTINA	C.C. 51.747.733 de Bogotá

Mayor General **JAIME HERNANDEZ LOPEZ**
Director Hospital Militar Central

Doctor **JOSE ANTONIO RIVAS CORREA**
Decano Escuela Militar de Medicina y
Ciencias de la Salud

Capitán de Navío **ARTURO PIEDRAHITA MANRIQUE, MDU**
Vicerrector Académico

General **JESUS ARMANDO ARIAS CABRALES**
Rector

REFRENDA EL ACTA N° PG-054-UMNG:

LUZ MARINA VIERA PINZON
Jefe Div. Admisiones y Reg. Académico

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Universidad Militar "Nueva Granada"
Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud



por autorización del Ministerio de Educación Nacional
y en consideración a que el Doctor

Rodrigo Wenceslao Miranda Malagón

C.C. 14.506.428 Expedida en Girardot (Cund.)

Ha cumplido en el

Hospital Militar Central

Con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en

Oftalmología

Agosto 28 de Agosto del 1992.

COMO NOTARIA VENTIDOS DE ESTA
CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA
FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL
QUE HE VISTO A LA VISTA.

12 MAYO 1994



Director Universidad Militar

Director Escuela Militar de Medicina

Dirección de Educación y Patología Regional

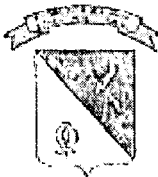
Director Hospital Militar Central

Director Hospital Militar Central

Acta de la Comisión de Especialización

Actuado en p. de 19.05.1992 Registro N.º 27.

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Registro N.º



174

ACTA DE POST-GRADO N° PG-054-UMNG
ACTA N° 035/92 U.M.C. - D.E.M.

En Santafé de Bogotá, D.C., a los veintiocho (28) días del mes de agosto de mil novecientos noventa y dos (1992) se reunieron los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad Militar Nueva Granada: el Señor General JESUS ARMANDO ARIAS CABRALES, Rector; Capitán de Navío ARTURO PIEDRAHITA MANRIQUE, Vicerrector Académico; Doctor JOSE ANTONIO RIVAS CORREA, Decano de la Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud. Por parte del Hospital Militar Central: Mayor General JAIME HERNANDEZ LOPEZ, Director; El Doctor EDGARD MATIZ SARMIENTO, Subdirector Científico y el Doctor RAFAEL CASTRO MARTINEZ, Jefe de la División de Educación Médica, con el objeto de estudiar los resultados académicos de algunos profesionales que adelantaron como Residentes sus estudios de Educación Avanzada y otorgar a los mismos el título de ESPECIALISTA, correspondiente a cada uno de los programas que más adelante se especifican. Para el efecto se procedió como a continuación se indica.

I. FUNDAMENTOS LEGALES

Artículo 34, 35, 174 y 177 del Decreto 80 de 1980, artículo 2º. y ordinal g) del artículo 3º. del Decreto 2725 de 1980; artículo 1º del Decreto 3273 de 1985; Resolución 12975 de 1985 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdos N° 129 y 312 de 1984 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

II. OTORGAMIENTO DE TITULOS

La Rectoría de la Universidad Militar teniendo en cuenta que la Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, y la División de Educación Médica del Hospital Militar Central por intermedio de su Jefe, han informado que los profesionales que más adelante se relacionan han cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Hospital Militar Central y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarles el título de ESPECIALISTAS en las siguientes disciplinas:

ANESTESIOLOGIA

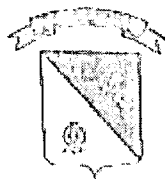
744. JUDY SORAYA AVILA MEDINA

CC. 51.772.943 Bogotá, D.E.

CIRUGIA GENERAL

745. ALBERTO JESUS ALFREDO BALLEEN TURRIAGO

CC. 11.337.584 Zipaquirá (Cund.)



Continuación Acta de Post Grado N° PG 054 UMNG

Página 2 de 3 páginas

DERMATOLOGIA

746. MARTHA PATRICIA RODRIGUEZ SANCHEZ CC. 51.623.692 Bogotá, D. F.

OFTALMOLOGIA

747. RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON CC. 11.376.423 Girardot (Cund.)

748. LUIS MONTOYA QUESADA CC. 14.210.138 Bogotá (Bog.)

PSIQUIATRIA

749. LUIS HANSEN AGUDELO ORTIZ CC. 14.225.004 Bogotá (Bog.)

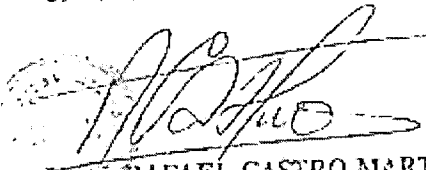
PATOLOGIA

750. ELSA JIMENA CORTES JARAMILLO CC. 20.492.930 Chocotá, Cund.)

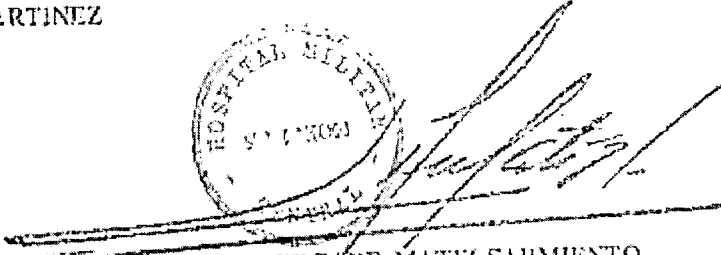
UROLOGIA

751. LUIS ALFONSO RONDEROS ROJAS CC. 13.922.531 Málaga (Sder.)

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento con lo establecido en el artículo 7° del Decreto N° 2.725 del 10 de Octubre de 1960 firman los que en ella intervinieron.


Doctor RAFAEL CASTRO MARTINEZ
Jefe División Educación Médica
Hospital Militar Central.



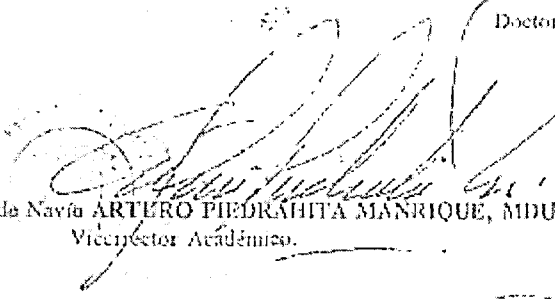

Doctor EDGARD MATIZ SARMIENTO
Subdirector Científico Hospital Militar Central

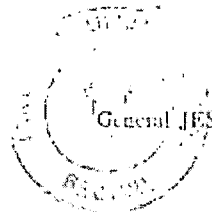
Continúan firmas al respaldo.


Mayor General JAIMÉ HERNÁNDEZ LOPEZ
Director Hospital Militar Central

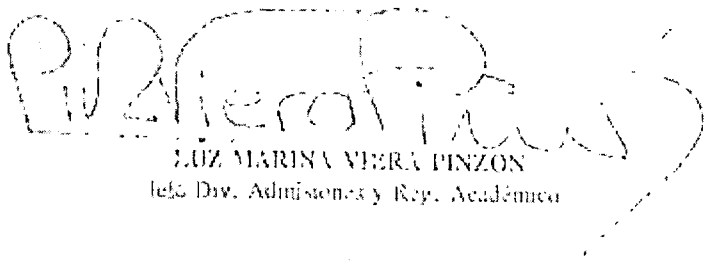

Doctor JOSÉ ANTONIO RIVAS CORREA

Ciencias de la Salud


Capitán de Navío ARTERO PIEDRAHITA MANRIQUE, MDU
Vicerrector Académico


General JESÚS ARMANDO ARIAS CABALES
Rector

REFRENDA EL ACTA N° PG-054-UMNG:


LUZ MARINA VERA PINZON
Jefe Div. Admisiones y Reg. Académico



SOCIEDAD DE ESPECIALISTAS DE GIRARDOT S.A.S.
NIT: 890601210-9

LA SUSCRITA GERENTE GENERAL
DE LA SOCIEDAD DE ESPECIALISTAS DE GIRARDOT S.A.S

CERTIFICA QUE:

El Doctor RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON, identificado con cédula de ciudadanía número 11.306.428 de Girardot Cund., se encuentra vinculado en esta institución bajo la modalidad de Contrato de Prestación de Servicios Profesionales Independientes No.030-08 desde el primero (01) de Enero de dos mil ocho (2008). Ejecutando los procesos y subprocesos conexos y complementarios como Médico Especialista en oftalmología.

El contrato permanentemente ha sido ejecutado con un alto nivel de calidad, compromiso y responsabilidad.

La presente certificación se expide en la ciudad de Girardot Cundinamarca, a solicitud del interesado, a los dos (02) días del mes de Marzo de dos mil veinticuatro (2024).

LEONOR GONZALEZ
GERENTE GENERAL

Proyecto: Diana Maria Diaz González
Asistente de Gerencia

C.C. Hoja de Vida.

Calle 13 No.10-65 Girardot PBX (091) 7943221 Celular: 3174336100
NIT: 890.601.210-9 segi@clinicadeespecialistasgirardot.com



INSTITUCION DE FORMACION TECNICA Y PARA EL TRABAJO

INFORTECT S.A.S

Aprobado por la Secretaría de Educación de Girardot

Según Resolución 675 de Agosto de 2015

NIT: 900.956.839 - 1

RCPA - 191



CERTIFICA QUE:

RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON

Con Número de Identificación: C. C. 11.306.428 de Girardot

Asistió al Curso Taller:

**"REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICO Y AVANZADO
BCLS - ACLS"**

Realizado con una intensidad horaria de 48 horas



Enf. Esp. HUGO FERNANDO RAMIREZ JARAMILLO
Representante Legal

Dado en la Ciudad de Girardot, a los 05 días del mes de febrero de 2024

VERIFICACIÓN
3108568765



GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD

INSCRIPCION PROFESIONAL

No. 295 - 2557/88



Nombre RODRIGO WENCESLAO

MIRANDA MALAGON

C.C. ☒ C.E. ☐ No. 11.306.428

REGISTRO PROFESIONAL

No. 2557

Fecha 1 03 88

Hacemos constar que:

RODRIGO MENDEZ MIRANDA MUJICA

ha cumplido con los requisitos legales para ejercer en el
Departamento del Torna como
MEDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

LIBERTO BARRECAN AYLA

Secretario de Salud

ALBERTO RICHARTE RIVEROS

Subsecretario Desarrollo
Institucional

VERIFICACION
310660185

Dado en la Ciudad de Girardot, a los 05 días del mes de febrero de 2024

Ent. Esp. HUGO FERNANDO RAMIREZ JARAMILLO
Representante Legal

Realizado con una intensidad horaria de 12 horas

**"ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL Y DE GÉNERO"**

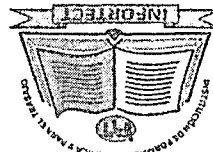
Realizado en la Ciudad:

Con Número de Verificación: C. G. 11.306.428 de Girardot

RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON

CERTIFICA QUE:

INSTITUCION DE FORMACION TECNICA Y PARA EL TRABAJO
INFORECT S.A.S
Aprobado por la Secretaría de Educación de Girardot
Según Resolución 675 de Agosto de 2015
NIT: 900.956.839 - 1



KS-437



INSTITUCION DE FORMACION TECNICA Y PARA EL TRABAJO
INFORTECT S.A.S
Aprobado por la Secretaria de Educación de Girardot
Según Resolución 675 de Agosto de 2015
NIT: 900.956.839 - 1

AMD-357

CERTIFICA QUE:

RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON

Con Número de Identificación: C. C. 11.306.428 de Girardot

Asistió Al Curso:

"ACOMPANIAMIENTO Y MANEJO DEL DUELO"

Realizado con una intensidad horaria de 20 horas


Enf. Esp. HUGO FERNANDO BAMIREZ JARAMILLO
Representante Legal

Dado en la Ciudad de Girardot, a los 10 días del mes de febrero de 2024

VERIFICACION
3108566755

DIPLOMA CERTIFICADO



MEDICOL
certificación



OTORGADO A:

RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 11.306.428

Asistió y finalizó CURSO BÁSICO en:

Humanización en los Servicios de Salud

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

16 de Septiembre del 2025

Fecha

Representante Legal

Docente

PAL-017

INSTITUCION DE FORMACION TECNICA Y PARA EL TRABAJO
INFORECT S.A.S
Aprobado por la Secretaria de Educaci3n de Girardot
Segun Resoluci3n 675 de Agosto de 2015
NIT: 900.956.839 - 1



CERTIFICA QUE:

RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON
Con Numero de Identificaci3n: C. C. 11.506.428 de Girardot

Realiz3 el Curso:

"MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO"

Realizado con una intensidad horaria de 24 horas

Enf. Esp. HUGO FERNANDO RAMIREZ JARAMILLO
Representante Legal

Dado en la Ciudad de Girardot, a los 09 dias del mes de febrero de 2024



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C1130642800297968

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) **RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON**, identificado(a) con C.C. No. 11306428 y T.P. o R.M. No. 11306428 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 lunes 19 enero 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Presidente



Callo 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Jals. (601)7212847 Bogotá D. C.

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com

Resultado General -2025-12-23--10:01:34 AM



CC	11306428	RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON	Vigente	Ver
----	----------	-----------------------------------	---------	---------------------

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2010, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (a) señor(a) RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON identificado(a) con CC 11306428 registra la siguiente información:

2025-12-23--10:01:34 AM

Información Académica



UNV	Local	MEDICINA	1988-03-01	2557	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN OFTALMOLOGIA	1992-08-28	26173	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO



Presto SSO	Local	COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT	1986-08-31	1987-08-31	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
Presto SSO	Local	COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT	1986-09-01	1987-09-01	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

ESTA CEDULA REEMPLAZA LA TARJETA DE RESERVISTA

REPUBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES
CEDULA DE IDENTIDAD MILITAR DE
OFICIAL DE LA ARMADA NACIONAL

DECRETO No. 353 DE 1967

RODRIGO WENCESLAO DE RESERVA
MIRANDA MALAGON No. 8.618066

Nombre y Grado TENIENTE DE FRAGATA

Nacido: Bogotá (C/marca) Septiembre 29 de 1.96

Cutis: Trigueño Estatura: 1.68 mt

Cabellos: Castaños Oscuros Ojos: Pardos Oscuros

Boca: Mediana Nariz: Recto Horizontal

Señales Particulares: Ninguna

Grupo sanguíneo: "A" Rh Positivo

Decreto último Ascenso: D 1896 de 1.986

BOGOTÁ, Julio 9 de 1.986

Firma autógrafa

Registrada al folio 37 del L. R.

CV. BENJAMIN GAMARRA MURILLO.

Jefe Departamento Personal

Impresión pulgar derecho

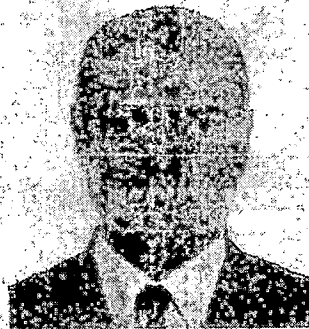
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.306.428
MIRANDA MALAGON

APELLIDOS
RODRIGO WENCESLAO

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DACTILO

FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1961

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

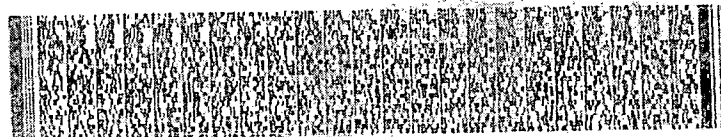
1.66
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

09-DIC-1979 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL RAMIREZ TORRES



A-1510900-00201221-M-0011306428-20091201

0010556226A 2

25990636

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

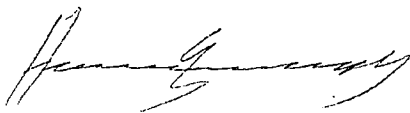
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 19 de enero de 2026, a las 09:30:32, el número de identificación, relacionado a continuación, **NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.**

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	11306428
Código de Verificación	11306428260119093032

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289078683**



PIB
09:17:54
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 11306428:

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>



Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento 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

188

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:42:47 AM horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **11306428**

Apellidos y Nombres: **MIRANDA MALAGON RODRIGO WENCESLAO**

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: 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 RepúblicaMinisterio de
Defensa NacionalPortal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



GOV.CO



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/01/2026 10:14:31 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **11306428** y Nombre: **RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALA**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

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. **13**.
La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú
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 c
con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad.

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo **RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON** identificado (a) con C.C 11.306.428 expedida en Girardot, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;



C.C 11.306.428 de Girardot

FECHA EXPEDICION C.C: 9 Diciembre de 1979

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:13:26 horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **11306428**,
Apellidos y Nombres **MIRANDA MALAGON RODRIGO WENCESLAO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E**, con NIT **890706833-9** 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.

 Imprimir

1. The first part of the report is a general
description of the project and its objectives.

2. Methodology

The methodology used in this study is a combination of
qualitative and quantitative methods. The qualitative
methods include interviews, focus groups, and
content analysis. The quantitative methods include
surveys and statistical analysis.

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Rodrigo

Apellidos:

Miranda Malagon

Documento
de identidad:

C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ P.P.T. ☐ D.E. ☐

Número de
documento:

1 1 3 0 6 4 2 8

Fecha de
nacimiento:

Día

Mes

Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	09 MAR. 2024	220500123	compensar Salud Jessica Beltrán
	2	09-04-24		
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

**AISOCUPACIONAL**Atención y Asesorías Integrales
en Salud Ocupacional S.A.S.

Nit. 900.595.066-1

Carrera 8 No. 19 - 32 Barrio Granada
Commutador: (57)(1) 8351097 - Cel. 320 2310609
Girardot, Cundinamarca - Colombia
www.aisocupacional.co**CERTIFICADO****DATOS GENERAL**

No. Remisión:	21	Fecha Remisión:	20220922	Fecha de evaluación:	20220921 14:22:56
Lugar de realización:	Girardot - Cundinamarca	Orden servicio.No.:	0069524		
Remitir servicio A:	Compensar				

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:	RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON	No. de identificación:	CC 11305429
Genero (sexo):	M Edad: 60 A		
Dirección residencia:	CONDOMINIO TIERRA LINDA KM 4 - VIA TOCAIMA - GIRARDOT	Teléfono:	3118044730
Cargo actual:	MEDICO OFTALMOLOGO		
Empresa:	PARTICULAR		

CERTIFICADO**PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ALERGIA A VACUNA DEL TETANO, POR LO ANTERIOR SE RESTRINGE APLICACION DE LA MISMA**Andrea Gacharna S
Médica General
C.O. 25-0717**Andrea Gacharna S**

Firma del Médico

Nombre médico: ANDREA GACHARNA SARMIENTO

Licencia S.O.: 25-0717 De 2019

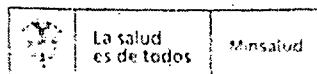
Registro No.: 7375-04

Firma del Paciente

Tipo y No. Id: CC 11305429

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



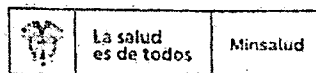
MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: **Rodrigo wenceslao**
 Apellidos: **Miranda Malagon**
 Documento de identidad: C.C. ☒ TI. Pasaporte ☐ PEP ☐ Otro ☐
 No: **11306428**
 Fecha de nacimiento: Día **29** Mes **09** Año **1961**

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: **Rodrigo wenceslao.**
 Apellidos: **Miranda Malagon**
 Documento de identidad: C.C. ☒ TI. Pasaporte ☐ PEP ☐ Otro ☐
 No: **11306428.**
 Fecha de nacimiento: Día **29** Mes **09** Año **1961**

COVID-19	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	2	25-05-2022	Pfizer	FC00056	CLINICA DE ESPECIALIDADES DE GINECOLOGIA	Luz Angela C. Cruz	C.C. 39.575.442

COVID-19	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	26-02-21	Sinovac	420210604	CLINICA DE ESPECIALIDADES DE GINECOLOGIA	Diana Escobar	39577918
COVID-19	2	24-03-21	Sinovac	620210601	CLINICA DE ESPECIALIDADES DE GINECOLOGIA	Diana Escobar	39577918
COVID-19	3	10-04-21	Pfizer	731916	CLINICA DE ESPECIALIDADES DE GINECOLOGIA	Ayelen Cruz	39577918

195

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA					
Código: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión:1	Página 1 de 1	

Fecha: 13- Enero - 2026

IDENTIFICACIÓN

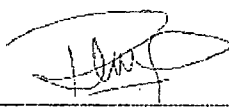
Nombre Completo: Rodrigo Wenceslao Miranda Malagon

Documento de Identidad: 11306428 de: Girardot

Fecha Nacimiento: 29-09-1961 Edad: 64 Años Sexo: M

Celular: 3110044730

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		


 FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

 Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL DE TUNJA</small>	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Versión: 2
		Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR [] CONTRATISTA DE SERVICIOS [X] T.H DE LA EMPRESA []
 ESTUDIANTE [] RESIDENTE [] VISITANTE [] OTRO []
 CUAL _____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.- USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

- Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
- Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión: 2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 2 de 2

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 23/12/2025 Ciudad: Ibagué

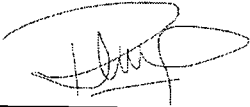
DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON

No. C.C : 11.306.428 de GIRARDOT

FIRMA: 

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE PERSONAS</small>	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		CÓDIGO: GA-FR-136
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		Versión: 3
			Vigente desde: 27/07/2023
			Página: 1 de 2

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

☐ Aspirante	☐ Estudiante	☐ Pacientes y Acompañantes	☐ Proveedores y Contratistas
☐ Veedor	☐ Empleado o Exempleado		Otro. ¿Cual? ☒ X

FINALIDAD	
GENERALES	<p>La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL.</p> <p>Pago de obligaciones contractuales.</p> <p>Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma.</p> <p>Soporte en procesos de auditoria externa/interna.</p> <p>Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente.</p> <p>Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL.</p> <p>Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar.</p> <p>Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL.</p> <p>Con propósitos de seguridad o prevención de fraude.</p> <p>Actualización de datos entregados por el Titular.</p> <p>Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.</p>

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	<p>Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral.</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Realización de procesos de elección y promoción interna.</p>
ESTUDIANTES	<p>Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos.</p> <p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio.</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas.</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	<p>Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales</p> <p>Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico</p> <p>Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono).</p> <p>Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos.</p> <p>Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente.</p> <p>Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios.</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud.</p> <p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica.</p> <p>Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas, programas especiales.</p> <p>Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario.</p> <p>Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas.</p> <p>Elaboración de informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil.</p> <p>Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas</p> <p>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.</p>
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	<p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad.</p> <p>Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas.</p> <p>Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social.</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL</p> <p>Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos.</p> <p>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil.</p> <p>Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.</p>

 Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
	AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión: 3
		Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 2 de 2

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo. Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados. Realización de publicaciones internas y externas. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Brindar información a empresas que solicitan verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previo verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información). Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones. Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital. Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
VEEDORES	Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios. Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales. Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial. Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios. Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.

DECLARACIÓN:

Yo: RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):

(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E

(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.

(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibagué a los (23) veintitrés días del mes de diciembre del Año 2025.

Firma: 

Nombre: RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON

C.C No: 11.306.428 de: GIRARDOT

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT ____ TI: ____ Otro _____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor: _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor: _____ Parentesco: _____



**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 11306428 **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 05/01/2026 08:22 AM



Código Verificación: 7R3WYSGCBZ

Válida hasta: 05/04/2026

Dirección de Gobierno Digital

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



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.978-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

Ciudad de Expedición	SUCURSAL	Tipo de Movimiento	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	ANEXO CAUSA PRIMA	25-03-101004145	8
TOMADOR	RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON		CC	11.306.428
DIRECCION	CONDominio TIERRA LINDA CASA 3		TELEFONO	3118044730
CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA			
ASEGURADO	RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON		CC	11.306.428
DIRECCION	CONDominio TIERRA LINDA CASA 3		TELEFONO	3118044730
CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA			
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION		VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
(d-m-a)		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)
31 / 12 / 2025		18 / 09 / 2025	18 / 09 / 2026	31 / 12 / 2025	18 / 09 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION
MARGARITA MARIA ROBLEDO VELEZ	122836	100.00			

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: OPTALMOLOGIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 875,452,500.00		
		\$ 875,452,500.00		

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****75,452,500.00	PRIMA:	\$ *****20,000.00
PLAN DE PAGO:	CONTADO	IVA:	\$ *****3,800.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****23,800.00

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 DÍAS 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 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.08.00000000.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167.(8020) 11005611542501 (3900) 000000023800 (96) 20260214

REFERENCIA
PAGO:
1100561154250-1

25-03-101004145

FIRMA ASESORADA

DANIEL LOPEZ

CLIENTE

TCMAECR

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT: 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CURSAL		TIPO DE MOVIMIENTO		POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE		ANEXO CAUSA PRIMA		25-03-101004145	8
TOMADOR	RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	CC	11.306.428
DIRECCION	CONDOMINIO TIERRA LINDA CASA 3			TELEFONO	3118044730
ASEGURADO	RODRIGO WENCESLAO MIRANDA MALAGON	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	CC	11.306.428
DIRECCION	CONDOMINIO TIERRA LINDA CASA 3			TELEFONO	3118044730
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE REALIZA AUMENTO DE VALOR ASEGURADO A 875.452.500 CORRESPONDIENTES A 500 SALARIOS MINIMOS DEL 2026 A SOLICITUD DEL ASEGURADO.
LAS DEMAS CONDICIONES PERMANECEN IGUAL

701

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
ETAPA PREPARATORIA						
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA					
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo					SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
ETAPA PRECONTRACTUAL						
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II					
5	PROPUESTA					
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)					SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL					
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDICA					
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%					
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)					
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula: tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)					
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019					
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURIDICA (revisado previamente por el área encargada)					
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)					SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)					SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)					
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)					
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)					
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)					
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021					
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	206-209	✓			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	210-212	✓			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	213	✓			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	214	✓			

Kethine
✓ 202-205

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	215	✓			✓
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización)	216	✓			✓
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)				✓	✓
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	217	✓			✓
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA				✓	✓
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	218	✓			✓
27.14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA (vigencia menor a 3 meses)	219	✓			✓
27.15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA (vigencia menor a 3 meses)	220	✓			✓
27.16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA (menor a 3 meses)	221	✓			✓
27.17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	222	✓			✓
27.18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXUALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	223	✓			✓
27.19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	224	✓			✓
27.2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	225	✓			✓
27.21	CERTIFICADO VACUNA TETANO (vencimiento 10 años)	225	✓			✓
27.22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	225	✓			✓
27.23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)				✓	✓
27.24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	226	✓			✓
27.25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	227	✓			✓
27.26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	228	✓			✓
27.27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	229	✓			✓
27.27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
ETAPA CONTRACTUAL						
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
TOTAL FOLIOS						

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

- 1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.
- 2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL
- 3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE

REVISA



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Fierro		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Chavez		NOMBRES Angie Katherine	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1006131499		GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 23 MES 10 AÑO 2001 PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA MUNICIPIO CHAPARRAL		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 65 22 20 SUR barrio ambala PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA MUNICIPIO IBAGUÉ TELÉFONO EMAIL kathefierro139@gmail.com			

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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2020

EDUCACIÓN 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	
PREGRADO	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	04	2024	90139979

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

203

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

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 DISTRI MEDIC ALL				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGÜÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO							
			Día	01	Mes	09	Año	2025	Día						
CARGO O CONTRATO ACTUAL TRANSCRIPTOR - DIGITADOR			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD					DIRECCIÓN Hospital federico lleras sede limonar							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD FAMISANAR EPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO CHAPARRAL					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO							
			Día	14	Mes	05	Año	2024	Día	13					
CARGO O CONTRATO ACTUAL (AUXILIAR ATENCION AL USUARIO)			DEPENDENCIA ACADEMICA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CARRERA 5 32 null							

204

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☒ NO ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 VERACIOS, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Ibagué, 21 de enero del 2026

Angie fierro

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

205

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la
Institución Educativa
Manuel Murillo Toro
Chaparral - Tolima

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima
Según Resolución No. 5627 de Noviembre 18 de 2011
y
Según Resolución No. 2029 de Marzo 19 de 2018

Confiere a:

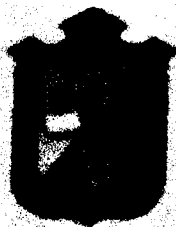
Angie Katherine Fierro Chávez
C.C. 1.006.131.499 de Chaparral - Tolima

El Título de:

Bachiller Académico

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

Anotado en el control interno del plantel No. 02 Folio No. 020 al 021
Dado en Chaparral - Tolima, a los 10 días del mes de Diciembre de 2020




Andrés Ballesteros Arias
C.C. 65.627.014 de Chaparral - Tolima
Maestro.

20

Institución Educativa
Manuel Murillo Toro

Chaparral - Tolima

Resolución por la cual se declara la validez de la expedición de la presente Resolución No. 007 de 2020, de 18 de Diciembre de 2020.

Sección de Estudios y Registro Académico

Acta Individual de Graduación

La Chaparral - Tolima a los 10 días del mes de Diciembre de 2020, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes, la Rectoría y la Comisión de Evaluación y Promoción de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA MANUEL MURILLO TORO, para dar cumplimiento al artículo 88 de la Ley 115 de 1994 que determina que el Título de Bachiller Académico se otorga a quienes hayan recibido una formación por niveles y grados y acumulado los saberes definidos por el Proyecto Educativo Institucional, dicho reconocimiento se hará constar en un Diploma y su otorgamiento es de competencia de los Rectores de las Instituciones Educativas, para la continuación en la Educación Superior. En virtud e lo anteriormente expuesto se formalizó la graduación de los educandos del último grado de la Educación Media Superior por la Secretaría de Educación y Cultura del Tolima para otorgar

El Título de:

Bachiller Académico

A) (graduados) cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Angie Katherine Fierro Chavez

C.C. 1.006.131.499 de Chaparral - Tolima

El acta de graduación consta de 73 estudiantes graduados e inscritos en el nombre de: LEIVIS TIVASHAY ACOSTA PEREZ y se cierra con el nombre de JOSE RICARDO YOSSA CERQUEIRA, firmada y sellada por DIANA PATRICIA PRIETO OSPINA (Rectoría)

Es fiel copia tomada del libro de Actas Generales de Grados No. 02 Folio No. 037 y 038, del 10 de Diciembre de 2020 Chaparral - Tolima, a los 10 días del mes de Diciembre de 2020

Diana Patricia Prieto Ospina
C.C. 65.827.014 de Chaparral - Tolima

Rectoría



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

ANGIE KATHERINE FIERRO CHAVEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1006131499

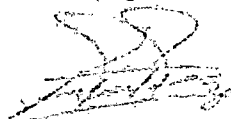
*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

**TÉCNICO EN
ENFERMERIA.**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Girardot,
a los veintinueve (29) días del mes de enero de dos mil veinticinco (2025)*

Firmado Digitalmente por



LUIS JAVIER PRADA PAEZ

Subdirector (a) CENTRO DE LA TECNOLOGÍA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

90139970 - 29/01/2025

Nº y FECHA REGISTRO



REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD
EMPRESARIAL

ACTA DE GRADO

Nº Y FECHA REGISTRO 93163970 - 29/01/2025

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: **ANGIE KATHERINE FIERRO CHAVEZ**. Con Cédula de Ciudadanía No. 1006131499

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE
OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN ENFERMERIA.

En constancia de lo anterior se firma la presente en Girardot, a los veintinueve (29) días del mes de enero de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

LUIS JAVIER PRADA PAEZ

Subdirector (E) CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

DISTRI MEDIC ALL S.A.S

210

A QUIEN CORRESPONDA:

EL SUSCRITO GERENTE DE DISTRI MEDIC ALL S.A.S.

CERTIFICA QUE:

La señora **ANGIE KATHERINE FIERRO CHAVEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.006.131.499, labora con la empresa desde el 1 de septiembre de 2025, bajo contrato laboral a término indefinido desempeñándose como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el servicio de oftalmología desempeñando las siguientes funciones:

- Digitar los informes de consultas, interconsultas, valoración intrahospitalarias, procedimientos no quirúrgicos y quirúrgicos de los usuarios del servicio de oftalmología.
- Ubicar, establecer y organizar el consultorio, los equipos y materiales que se utilizarán para la realización de las consultas, diagnósticos y procedimientos no quirúrgicos.
- Ubicar, establecer y organizar el quirófano, los equipos y materiales que se utilizarán para la realización de las cirugías.
- Explicar a los pacientes nuevamente la preparación requerida para la cirugía, a fin de verificar que estos cumplan con los requisitos exigidos de preparación.
- Ingresar a la base de datos los pacientes con su respectiva información personal (nombre completo y apellidos, número de identificación, edad, sexo, atención).
- Realizar las encuestas de satisfacción a los pacientes que se les ha atendido.

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...

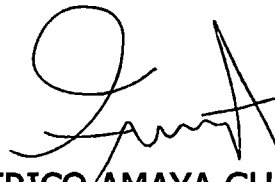
...

...

DISTRI MEDIC ALL S.A.S

- Recepcionar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones interpuestas por los usuarios.
- Realizar la limpieza del equipos biomedicos, impresoras, computadores de acuerdo a las normas de bioseguridad.
- Proporcionar a los pacientes materiales como toallas de papel para limpieza cuando lo requieran.
- Imprimir y guardar en la base de datos el informe de las diferentes atenciones.

Para su presentación a quien corresponda éste documento se emite a los diecinueve (19) días del mes de enero de 2026.



FEDERICO AMAYA GUACANES
CC 1.214.747.781

212



**LA GERENCIA DE GESTIÓN HUMANA DE LA ENTIDAD
PROMOTORA DE SALUD EPS FAMISANAR S.A.S.**

NIT 830003564-7

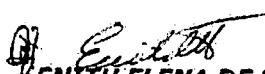
CERTIFICA:

Que el (la) señor(a), **ANGIE KATHERINE FIERRO CHAVEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **No. 1006131499**, estuvo vinculado (a) en esta entidad mediante contrato de Aprendizaje en etapa productiva, desde el día 14 de mayo de 2024 hasta el día 13 de noviembre de 2024, desempeñando el cargo de **APRENDIZ SENA** en la especialidad **TÉCNICO EN ENFERMERIA**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado para trámite a quien pueda interesar en la ciudad de Bogotá, a los 13 días del mes noviembre de 2024.

Para la confirmación de esta certificación puede comunicarse al correo ysarmiento@famisanar.com.co.

Cordialmente,


ENITH ELENA DE LA CRUZ TOLOSA
GERENTE GESTION HUMANA

Generó:
YADIRA CONSTANZA SARMIENTO MURILLO
ANALISTA RELACIONES LABORALES
13 de noviembre de 2024

REGIONAL SUR
ZONAL TOLIMA Y HUILA



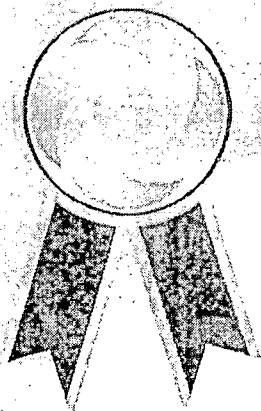
PBS: (601) 3078069 / 01-8000-116662
PAC: (601) 3078085 / 01-8000-127363



servicioalcliente@famisanar.com.co



www.famisanar.com.co



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

CERTIFICA QUE

ANGIE KATHERINE FIERRO CHAVEZ

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1006131499

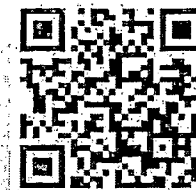
Asistió al Curso Básico

REANIMACION CARDIOPULMONAR

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 01 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente



VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA
PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



RESOLUCIÓN No. 25-970 De 2025

25 DE MARZO DE 2025

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional"

LA SECRETARÍA DE SALUD

En uso de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el Decreto 1352 del 2000 "Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994", expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que, **FIERRO CHAVEZ ANGIE KATHERINE**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.006.131.499**, expedida en **CHAPARRAL, TOLIMA**, solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización para ejercer la ocupación denominada **TÉCNICO EN ENFERMERIA**; diploma otorgado por **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** en **GIRARDOT, CUNDINAMARCA**, según **ACTA DE GRADO No. 90139979** del 29 de enero de 2025.

Que, dicho certificado de aptitud ocupacional no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2°, de la Resolución 08211 de 1989.

Que, estudiada la documentación presentada por la solicitante, esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que, en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **FIERRO CHAVEZ ANGIE KATHERINE**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.006.131.499**, expedida en **CHAPARRAL, TOLIMA**, para ejercer la ocupación denominada **TÉCNICO EN ENFERMERIA**, con efectos en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Con la presente Resolución la ciudadana quedará inscrita en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ARTÍCULO TERCERO: Notificar personalmente la presente Resolución, conforme a lo dispuesto en el artículo 67 y siguientes del CPACA, advirtiéndole que contra la misma procede el recurso de reposición el cual podrá interponer dentro de los diez (10) siguientes a su notificación, acorde con el artículo 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. En el evento de no hacerse la notificación personal, se notificará por aviso en los términos del artículo 69 del CPACA. En caso de hacer uso de la notificación electrónica dispuesta en el artículo 56 del CPACA, el notificado aportará debidamente diligenciado y firmado el formato M-PDS-DRS-FR-020.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C, el 25 de marzo de 2025

NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA

Secretario de Despacho

Proyectó: Yenyfer Parra – Secretaria Ejecutiva – DDS
Revisó texto jurídico: Loreen Estefany Bohórquez Reyes – Abogada DDS
Revisó texto jurídico: Heydy Marisol Pulido Valderromas – Abogada OAJ
Sandra Milena Duarte Roa – Jefe de Oficina Asesora Jurídica SSC

678 3/17/2025

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER303297



ST-CER655785



Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Salud Piso 5.
Código Postal: 111321
Teléfono: 749 1276/67/85/48
@CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co



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

CERTIFICA QUE
ANGIE KATHERINE FIERRO CHAVEZ

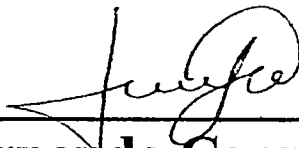
IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1006131499

Asistió al Curso Básico

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GENERO Y EL ABUSO
SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL.**

Con una intensidad horaria de 45 horas.

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 01 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE
EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD
OCUPACIONAL.**

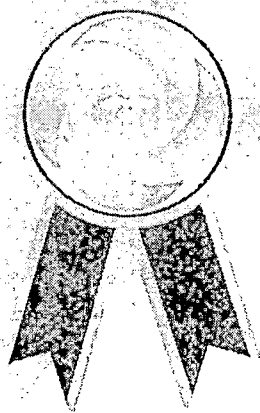


Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente



VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA
PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



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

CERTIFICA QUE

ANGIE KATHERINE FIERRO CHAVEZ

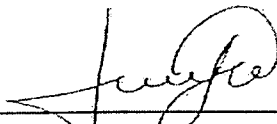
IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1006131499

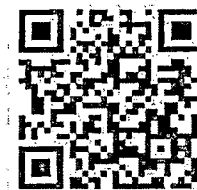
Asistió al Curso Básico

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 01 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.


Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente



VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA
PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

217

Resultado General -2025-12-23-8:10:10 AM -2025-12-23-8:20:15 AM

CC	1006131499	ANGIE	KATHERINE FIERRO	CHAVEZ	Vigente	Ver

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) ANGIE KATHERINE FIERRO CHAVEZ identificado(a) con CC 1006131499 registra la siguiente información:

2025-12-23-8:20:15 AM

Información Académica

--	--	--	--	--	--

AUX	Local	TÉCNICO ENFERMERIA	2025-03-25	970	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
-----	-------	-----------------------	------------	-----	--

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).

1. The first part of the paper discusses the importance of the study of the history of the United States.

2. The second part of the paper discusses the importance of the study of the history of the United States.

218

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CIUDADANÍA

IDENTIFICACIÓN 1.006.131.499

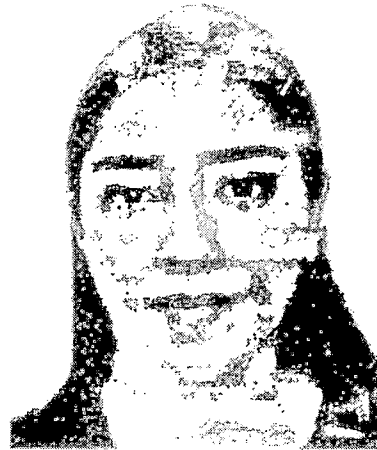
FIERRO CHAVEZ

APellidos

ANGIE KATHERINE

Nombre

Angie Fierro



FECHA DE NACIMIENTO 23 OCT-2001
CHAPARRAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

O+

F

ESTATURA

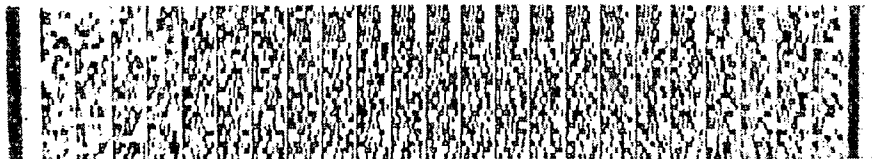
G.S. RH

SEXO

22-NOV-2019 CHAPARRAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR
ALEXANDER VEGA RIVERA



1.006.131.499-20210421

0074161200H 3

8801567200

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

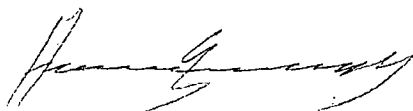
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 19 de enero de 2026, a las 09:30:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006131499
Código de Verificación	1006131499260119093056

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289078151**



PIB

09:15:03

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de enero 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) ANGIE KATHERINE FIERRO CHAVEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006131499:

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>

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

221



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:17:21 PM horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1006131499**

Apellidos y Nombres: **FIERRO CHAVEZ ANGIE KATHERINE**

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



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/01/2026 12:33:33 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1006131499** y Nombre: **ANGIE KATHERINE FIERRO CHAVEZ**.

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. **132894269** . 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 Búsqueda

Imprimir

515 9000

**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad.

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Angie Katherine fierro Chover identificado (a) con C.C
1006131499 expedida en Chaparral/Tol, por medio del presente
documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ
TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido
en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis
antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales
contra menores de edad.

Atentamente;

Angie fierro

C.C 1006131499

FECHA EXPEDICION C.C: 22/Nov/2019

228

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 12:14:04 horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1006131499**,
Apellidos y Nombres **FIERRO CHAVEZ ANGIE KATHERINE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital federico lleras**, con NIT **890706833-9** 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>

225

Carte Digital
de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



Nombres y apellidos / Full name

ANGIE KATHERINE FIERRO CHAVEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 6 1 3 1 4 9 9

Fecha de nacimiento / Date of birth

23/10/2001

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3172958889

Correo electrónico / e-mail

notiene@hotmail.es

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
Vaccine	Doses	Día Day	Mes Month	Año Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
COVID PFIZER	Primera	19	5	2022	PFIZER	PCA0059	CHAPARRAL ESE HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA	YADIRA MENDEZ OLIVEROS
TD Adulto	Primera	10	7	2023	Serum	2331L027C	CHAPARRAL ESE HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA	NORMA MISNE D PORTELA MENDEZ
Varicela Particular	Primera	25	10	2023		x009075	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	OSCAR FELIPE RODRIGUEZ MARTINEZ
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	25	10	2023		220500E22A	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	OSCAR FELIPE RODRIGUEZ MARTINEZ
Influenza Adultos Particular	Anual	25	10	2023		#10	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	OSCAR FELIPE RODRIGUEZ MARTINEZ
Varicela Particular	Refuerzo	27	11	2023		X009075 MSD	IPS VACUNAR COLOMBIA IBAGUE	LEIDY TRUJILLO
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	27	11	2023		220500422F DELTA	IPS VACUNAR COLOMBIA IBAGUE	LEIDY TRUJILLO
TD Adulto Particular	Segunda	8	3	2024		220600522A DELTA	IPS VACUNAR COLOMBIA IBAGUE	LEIDY TRUJILLO
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	8	3	2024		220500422D DELTA	IPS VACUNAR COLOMBIA IBAGUE	LEIDY TRUJILLO
COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	20	3	2024	Catalent Indiana	018M22A	GIRARDOT CLINICA SAN RAFAEL DUMIAN	SARY BOHADA MEDINA
Fiebre Amarilla	Única	12	9	2025	Fabricante	23K0928	FLANDES ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	DANIEL SANTIAGO ABRIL LIZCANO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	12	9	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	FLANDES ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	DANIEL SANTIAGO ABRIL LIZCANO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

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

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

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

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

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

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

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

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA				
Código: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión:1	Página 1 de 1

Fecha: 30 / 12 / 2025

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Angie Katherine fierro Chavez

Documento de Identidad: 1006131499 de:

Fecha Nacimiento: 23 / 10 / 2001 Edad: 24 Sexo: femenino

Celular: 3232261906

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		

Angie fierro
FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

 Federico Lleras Acosta	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Versión: 2
		Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR [] CONTRATISTA DE SERVICIOS ☒ T.H DE LA EMPRESA []
 ESTUDIANTE [] RESIDENTE [] VISITANTE [] OTRO []
 CUAL _____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.- USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

- a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
- b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento
 NO CONTROLADO

 Federico Lleras Acosta	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Versión: 2
		Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 2 de 2

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 23 de Diciembre del 2025 Ciudad: Ibagué

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Angie Kathenne Feiro Chavez

No. C.C : 1006131499

FIRMA: Angie Feiro

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento
NO CONTROLADO

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		CÓDIGO: GA-FR-136
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		Versión: 3
			Vigente desde: 27/07/2023
			Página: 1 de 2

228

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890.705.833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización

Por favor marcar según corresponda:

☐ Aspirante	☒ Estudiante	☐ Pacientes y Acompañantes	☐ Proveedores y Contratistas
☐ Veedor	☐ Empleado o Exempleado	☐ Otro. ¿Cual? _____	

FINALIDAD	
GENERALES	<p>La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL</p> <p>Pago de obligaciones contractuales</p> <p>Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma</p> <p>Soporte en procesos de auditoría externa/interna.</p> <p>Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente.</p> <p>Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL</p> <p>Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual comercial y obligacional a que haya lugar</p> <p>Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL.</p> <p>Con propósitos de seguridad o prevención de fraude</p> <p>Actualización de datos entregados por el Titular</p> <p>Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL</p>

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	<p>Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Realización de procesos de elección y promoción interna</p>
ESTUDIANTES	<p>Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos</p> <p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	<p>Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales</p> <p>Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico</p> <p>Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono).</p> <p>Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos</p> <p>Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordena la ley o por mandato de autoridad competente.</p> <p>Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; el igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos</p> <p>Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud.</p> <p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica.</p> <p>Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas, programas especiales</p> <p>Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario.</p> <p>Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas.</p> <p>Elaboración de informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención. Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil</p> <p>Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas</p> <p>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias</p>
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	<p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posee la entidad</p> <p>Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas</p> <p>Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad</p> <p>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL</p> <p>Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos</p> <p>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil</p> <p>Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones</p>

 Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
	AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión: 3
		Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 2 de 2

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	<p>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo.</p> <p>Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados.</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas.</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Brindar información a empresas que solicitan verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales (Previo verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información)</p> <p>Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones.</p> <p>Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital.</p> <p>Emisar certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales entre otros.</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
VEEDORES	<p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios.</p> <p>Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales.</p> <p>Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial.</p> <p>Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios.</p> <p>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.</p>

DECLARACIÓN:

Yo Angie Katherine Fierro mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E. para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):

(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E.

(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E. se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.

(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E. con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital. www.hlleras.gov.co

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibagué a los () 23 días del mes de Diciembre del Año 2025.

Firma: Angie Fierro

Nombre: Angie Katherine Fierro Chavez

C.C No: 1006137499 de: Chaparral

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT _____ TI: _____ Otro: _____

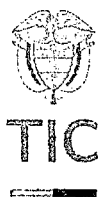
Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor: _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor: _____ Parentesco: _____



**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 1006131499 **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 19/01/2026 12:23 PM



Código Verificación: **BQELKSCURA**

Válida hasta: **19/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

230

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
ETAPA PREPARATORIA						
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA					
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 3 CON VoB					SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
ETAPA PRECONTRACTUAL						
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II					
5	PROPUESTA					
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)					SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL					
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA					
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%					
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)					
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)					
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019					
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURIDICA (revisado previamente por el área encargada)					
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)					SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)					SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)					
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)					
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)					
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)					
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021					
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	235-233	✓			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	239-240	✓			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	241	✓			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	242	✓			

Hushboly
231-234

Johanna
Res. 11/11/21

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	243	✓			
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización)	244	✓			
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)			✓		
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	245	✓			
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACIÓN MILITAR DEFINIDA			✓		
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	246	✓			
27.14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA (vigencia menor a 3 meses)	247	✓			
27.15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	248	✓			
27.16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	249	✓			
27.17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	250	✓			
27.18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXUALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	251	✓			
27.19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	252	✓			
27.2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	253	✓			
27.21	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)	254	✓			
27.22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACIÓN	255	✓			
27.23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)			✓		
27.24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)		✓			
27.25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN		✓			
27.26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		✓			
27.27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021		✓			
27.27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
ETAPA CONTRACTUAL						
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
TOTAL FOLIOS						

REVISIÓN, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

- 1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.
- 2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL
- 3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE

REVISAR



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Rodríguez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Gonzalez	NOMBRES Hasbleidy Johanna		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1013624209		GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☐ EXTRANJERO ☐	PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 15 MES 07 AÑO 1991		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
PAÍS		PAÍS DEPTO		
DEPTO		MUNICIPIO		
MUNICIPIO		TELÉFONO EMAIL HJRG15@HOTMAIL.COM		

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		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2009	

EDUCACIÓN 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									
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2013	1013624209								

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

4

IDIOMAS

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD DISTRIMEDICAL SAS			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUÉ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3207826431		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	21	Mes	07	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA AUXILIAR ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 85 14A 50 chicala manza 4 casa 18						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD IMEVI - ENTIDAD DE SALUD VISUAL			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7462749		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	17	Mes	10	Año	2014	Día	12	Mes	02	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 75 20C 24						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO		
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO		
			Día:		Mes:		Año:		
ÁREA 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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 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 50 DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

21 ENERO 2026 IBAGUÉ

HABIBEDY R. OLIVERA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

729A

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Marruecos y Molinos I.C.D.

"Respuesta a un sueño de Crecer juntos y ser Felices mientras aprendemos"

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital, Bogotá, D.C.
Según Resolución 2495 de Agosto 27 de 2002

Confiere a:

Rodriguez Gonzalez Hasbleidy Johanna

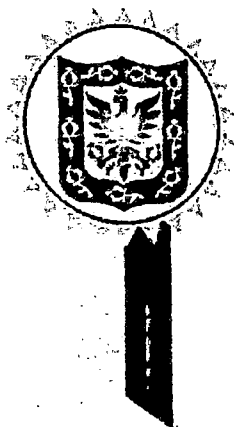
Identificado (a) con C.C. 1.013.624.209 de Bogotá

El Título de
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media, (Art. 28 Ley 115 de 1994);
Según los planes y programas vigentes

Promoción 2009

9 de diciembre de 2009



[Firma]
Rector
Francisco Fernando Riberas Bobadilla
C.C. 19.117.493 de Bogotá

[Firma]
Secretaria
Dalia Diney Medina Rojas
C.C. 52.126.170

Anotado al folio No. ____ Del libro para control interno de diplomas No. ____
Acta General de Graduación No. ____ Fecha 9 de Diciembre de 2009
Dado en Bogotá, D.C. a los 9 días del mes de Diciembre de 2009

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

Guillermo
Gerardo Viveros Beladilla
C.E. 19.117.490 de Segura
Director

Grada en Bogotá, D.C. a los 9 días del mes de Diciembre de 2009

En presencia se firma la presente por quienes intervinieron por ella

- En su representación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público

El 250 del 5 de Diciembre de 1995 de la Corporación

Erasmundo y Celso Jover
Erasmundo y Celso Jover
Erasmundo y Celso Jover

Es facta copia del Acta regional general. Vo. — de fecha de 9 de Diciembre de 2009, que consta de — cuarenta y tres folios, que comienza con el nombre de "Organismo Regional de Planificación y Desarrollo" y termina con el nombre de "Servicio Regional de Planificación y Desarrollo".

Robriquez Gonzales, Juan Jose
Identificado (a) con documento de identidad
C.E. 1.013.624.209. En Bogotá

[illegible]

Trachter Academico

El presente es un libro de educación pública, escrito por el Sr. D. Juan de Dios, y publicado por el Sr. D. Juan de Dios, en el año de 1800. El libro contiene una descripción de la educación pública en España, y una descripción de la educación pública en el extranjero. El libro es un libro de texto, y es un libro de texto.

•E•D•E soumoys a soranarys oisayon

[illegible]

DOMINUS VIGILANS

Fig. 5. 11000000. 11. 530.036.00-7

•Voluntad para la Revolucion de Colombia. Escrito. 9.6.
•Signa. Mexico 21.05 de Agosto. 27 de 1902

Esta Individual de Estado
Colegio Marinos y Abolinos A. D. D.





La República de Colombia
El Ministerio de la Protección Social
y en su Nombre



Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Forma Verdaderos Angeles Guardianes de la Vida, la Salud y Bienestar de la Humanidad.

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 1535 de Abril 14 de 1994 de la Secretaría de Educación de Bogotá Distrito Capital.
Autorización Oficial según Acuerdo Ejecutivo No. 118 de Diciembre 23 de 2008 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en
Salud y Registro Oficial Programa Resolución 02-0004- Enero 06 de 2010 Secretaría de Educación de Bogotá Distrito Capital.

Teniendo en cuenta que:

Hashleidy Johanna Rodríguez González

C.C. 1.013.624.209 de Bogotá D.C.

Cursó satisfactoriamente los estudios y cumplió con las exigencias legales del Programa Auxiliar en Enfermería con una intensidad de 1.800 horas, le confiere el presente certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como:

**Técnico Laboral en
Auxiliar en Enfermería**



Rectoría
Dada en Bogotá, Diciembre 14 de 2013

Secretaría
Anotado al libro de Registro de Certificados N° 24 Folio 95.

23x



**ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"**

Bogotá, D.C. Sede Chapinero

"Una contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución 1535 de Abril 14 de 1994 de la Secretaría de Educación de Bogotá Distrito Capital, Autorización Oficial según Acuerdo Ejecutivo No. 118 de Diciembre 23 de 2008 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud y Registro Oficial Programa Resolución No. 02-0004, de la Secretaría de Educación del Distrito Capital.

ACTA INDIVIDUAL

En la ciudad de Bogotá a los catorce (14) días del mes de Diciembre del año 2013, se reunieron, con el fin de formalizar la terminación de los estudios del programa **"TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA POR COMPETENCIAS LABORALES"**, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER". Comprobada la Situación Legal y Académica de los estudiantes que cursaron y culminaron satisfactoriamente, los estudios correspondientes al programa académico **TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA POR COMPETENCIAS LABORALES**, se procedió a otorgar **EL CERTIFICADO**, a la egresada cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. o T.I.	LUGAR DE EXPEDICION
HASBLEIDY JOHANNA RODRIGUEZ GONZALEZ	1.013.624.209	BOGOTA D.C.

Es fiel copia tomada de su Acta Original N° 041 de fecha 14 de Diciembre de 2013, que comienza con el nombre **STHEFANYA ACOSTA CRUZ** y se cierra con el nombre de **YEISURY VARGAS PAREJA**

Firmado y sellado por MARINA ROBAYO (Rectora) y MARIA PATRICIA LOPEZ DE FRANCO (Secretaria).

Dada en Bogotá, a los catorce (14) días del mes de Diciembre del año 2013.

LA RECTORA
C.C. No. 21.214.263 de V/cio

LA SECRETARIA
C.C. No. 40.367.583 de V/cio

DISTRI MEDIC ALL S.A.S

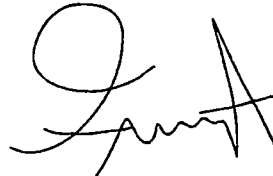
A QUIEN CORRESPONDA:

EL SUSCRITO GERENTE DE DISTRI MEDIC ALL S.A.S.

CERTIFICA QUE:

La señora **HASBLEIDY JOHANNA RODRIGUEZ GONZALEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.013.624.209**, labora con la empresa desde el 21 de julio de 2025, bajo contrato laboral a término indefinido desempeñándose como **AUXILIAR EN ENFERMERIA Y TOMA DE EXAMENES DIAGNOSTICOS** en el servicio de oftalmología.

Para su presentación a quien corresponda este documento se emite a los diecinueve (19) días del mes de enero de 2026.



FEDERICO AMAYA GUACANES
CC 1.214.747.781



240

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO IMEVI S.A.S

CERTIFICA QUE

El (a) señor (a) HASBLEIDY JOHANNA RODRIGUEZ GONZALEZ, identificado (a) con Cédula de ciudadanía No. 1013624209 De BOGOTÁ D.C., laboró en nuestra empresa, bajo la modalidad de un contrato laboral a TERMINO INDEFINIDO, con fecha inicial 27 De Marzo De 2017 Hasta el 12 De Febrero De 2018, desempeñando el cargo de AUXILIAR DE CONSULTORIO, con una asignación promedio mensual de SETECIENTOS SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS M.LEGAL \$ 706,200, con una jornada diaria laboral de 6 horas.

Tuvo vinculaciones anteriores a través de los siguientes contratos: Desde 17/10/2014 Hasta 30/01/2017 Desde 17/10/2014 Hasta 30/01/2017 Desde 27/03/2017 Hasta 12/02/2018 Desde 27/03/2017 Hasta 12/02/2018.

Esta constancia se expide a la solicitud de la persona interesada a los Seis (06) días del mes de Diciembre del año 2024

Atentamente,

DIEGO ALEJANDRO MACHADO GUTIERREZ
GERENTE DE TALENTO HUMANO
PBX: 316 2651975 / 3158373971 IMEVI S.A.S
Nit. 830027558-6

Sede principal Calle 75 No 20 C - 24 | PBX: 7462749. www.imevi.com.co

IMEVI S.A.S.

Calle 75 No 20 C - 24

Bogotá, D.C., Colombia, Sur América

www.imevi.com.co

PBX: 7462749



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

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.

Certifica
Hasbleidy Johanna Rodriguez Gonzalez
CC 1013624209 de Bogotá, D.C

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-09-16
Fecha de vencimiento: 2027-09-16

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.org

ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

241



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

HASBLEIDY JOHANNA
RODRIGUEZ GONZALEZ

C.C. 1013624209

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 07/03/2014

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Hasbleidy Johanna Rodriguez Gonzalez
CC: 1013624209

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO**
CON ENFOQUE PSICOSOCIAL
Para: **Auxiliar En Enfermería**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico.
Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con NIT: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315.
Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Decreto 1710 de 2020 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el 19 del mes de septiembre del 2025 con una intensidad de 80 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Calle 45 No 14 - 29 Barranquilla - Cel: 322 721 1337

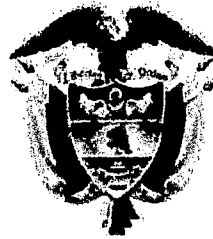
www.quironcolombia.com



Johanna Tapia
Directora Administrativa
JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

Victor Hugo Estrada Pedrozo
Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO





Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

HASBLEIDY JOHANNA RODRIGUEZ GONZALEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1013624209

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD.

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cartagena, al primer(1) día del mes de octubre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

YENY LINEY ROMERO OCHOA
Subdirectora
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLÍVAR

101107154 - 01/10/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número, 9304003077606CC1013624209C.

24

245

Resultado General-2025-12-23-8:10:10 AM -2025-12-23-8:20:15 AM -2025-12-23-8:29:00 AM

CC 1013624209 HASBLEIDY JOHANNA RODRIGUEZ GONZALEZ Vigente Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) HASBLEIDY JOHANNA RODRIGUEZ GONZALEZ identificado(a) con CC 1013624209 registra la siguiente información:

2025-12-23-8:29:00 AM

Información Académica



AUX

Local

Auxiliar de
enfermería

2014-01-30

1137

DTS SECRETARIA DISTRITAL DE
SALUD

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).

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

296

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.013.624.209**

RODRIGUEZ GONZALEZ

APELLIDOS

HASBLEIDY JOHANNA

NOMBRES



Hasbleidy Rodriguez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-JUL-1991**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

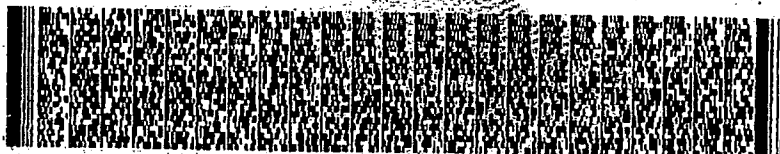
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+

ESTATURA G.S. RH SEXO **F**

06-AGO-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



A-1500150-00919546-F-1013624209-20170710 0056256072A 1 9910064443

ESTADO CIVIL

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

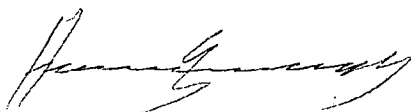
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 20 de enero de 2026, a las 10:15:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1013624209
Código de Verificación	1013624209260120101547

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 289247203



PIB

10:20:18

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de enero 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) HASBLEIDY JOHANNA RODRIGUEZ GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013624209:

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>

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

249



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:24:29 PM horas del 21/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1013624209**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ GONZALEZ HASBLEIDY JOHANNA**

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



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/01/2026 10:37:23 a. m. para el **Nº de Expediente o Comparendo: Nº. 1013624209**

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. **132873392** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

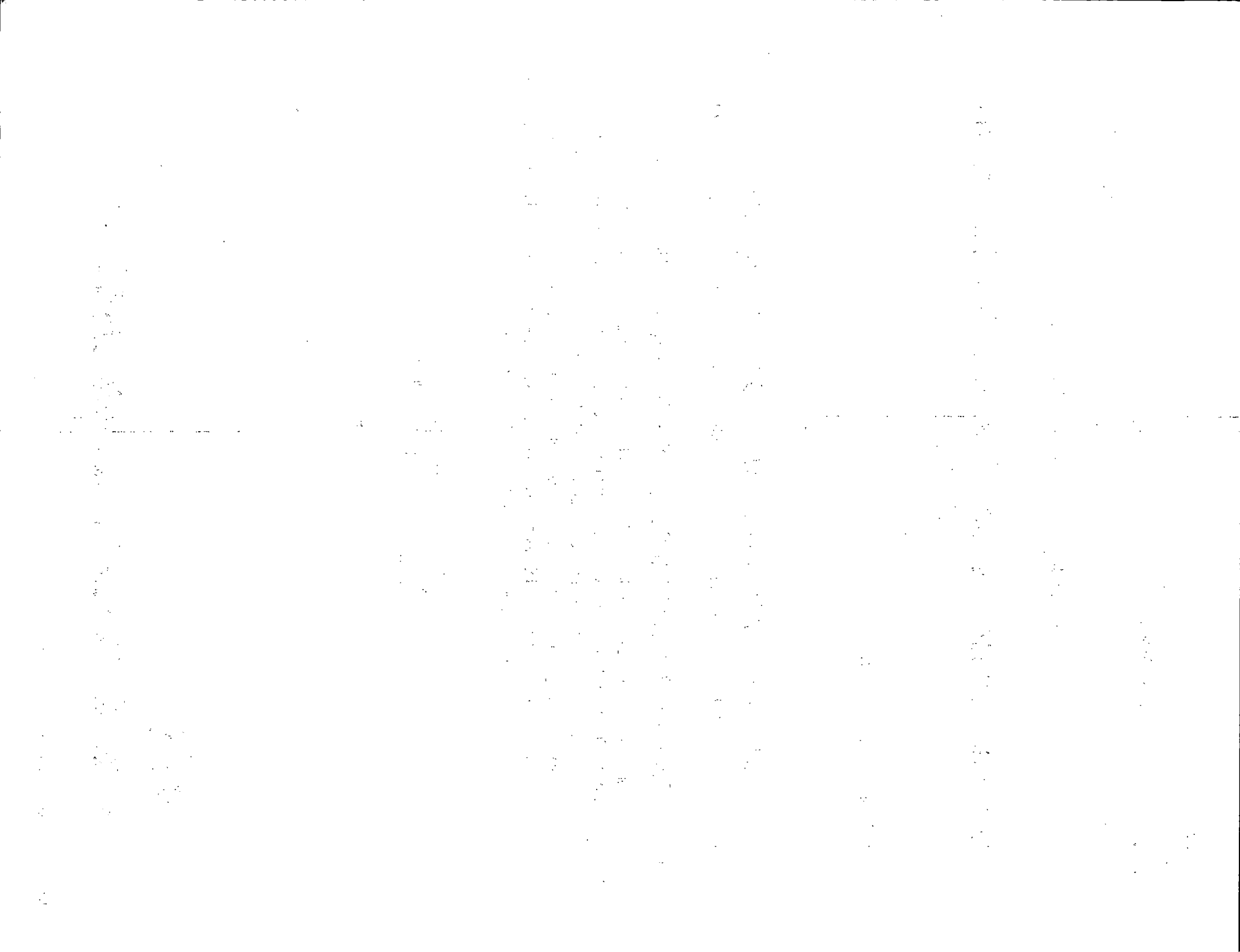
Imprimir



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN - Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



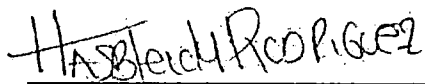
251

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad.

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Hasbleidy Johanna Rodríguez González identificado (a) con C.C 1013624209 expedida en Bogotá, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;



C.C 1013624209

FECHA EXPEDICION C.C: 09-08-2009

752

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

La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 10:30:10 horas del 20/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1013624209**, Apellidos y Nombres **RODRIGUEZ GONZALEZ HASBLEIDY JOHANNA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DISTRIMEDICALL**, con NIT **901695718-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010968121

Fecha de generación del carné: lunes, 29 de julio de 2024 12:19 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 1013624209
Nombres y Apellidos: HASBMEIDY JOHANNA RODRÍGUEZ GONZALEZ
Fecha de nacimiento: 15/07/1991

DPT Acelular	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	20/03/2014	Engerix B Adultos	1434012	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Refuerzo	06/10/2017	Recombax B	UFX16003	CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S.
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Primera dosis	20/03/2014	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1015B	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Segunda dosis	12/02/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	024B2011E	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Tercera dosis	05/02/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2273	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM FLORESTA

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

**VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA**

OR DE AUTENTICIDAD

**Noniñres y apellidos / Full name**

HASBLEIDY JOHANNA RODRIGUEZ GONZALEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÈDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 1 3 6 2 4 2 0 9

Fecha de nacimiento / Date of birth

15/07/1991

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3057841230

Correo electrónico / e-mail

HJRG15@HOTMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail[illegible]

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

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

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

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

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

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

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

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

233

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA					
Código: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión:1	Página 1 de 1	

Fecha: 30 Octubre 2025

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Hasbley Johanna Rodriguez

Documento de Identidad: 1013624709 de:

Fecha Nacimiento: 15 Julio 1991 Edad: 34 Sexo: Femenino

Celular: 3219347612

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es Si, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		

Hasbley Rodriguez
FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIO

256

 Federico Lleras Acosta	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138 Versión: 2 Vigente desde: 03/07/2024 Página: 1 de 2
--	--	---

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR [] CONTRATISTA DE SERVICIOS ☒ T.H DE LA EMPRESA []
 ESTUDIANTE [] RESIDENTE [] VISITANTE [] OTRO []
 CUAL _____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.- USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

- a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
- b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

 Federico Lleras Acosta	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	CÓDIGO: GA-FR-138
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Versión: 2
		Vigento desde: 03/07/2024
		Página: 2 de 2

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 23-12-2023 Ciudad: IBAGUE

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Jhonny RODRIGUEZ

No. C.C : 1013624709

FIRMA: [Firma manuscrita]



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

CÓDIGO: OA-FH-136

Versión: 3

Vigente desde: 27/07/2023

Página: 1 de 2

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890.705.833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización

Por favor marcar según corresponda:

☐ Aspirante

☐ Estudiante

☐ Pacientes y Acompañantes

☐ Proveedores y Contratistas

☐ Veedor

☒ Empleado o Exempleado

Otro, ¿Cual? _____

FINALIDAD

GENERALES	<p>La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL.</p> <p>Pago de obligaciones contractuales</p> <p>Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma.</p> <p>Soporte en procesos de auditoría externa/interna.</p> <p>Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente.</p> <p>Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL.</p> <p>Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial u obligacional a que haya lugar.</p> <p>Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL</p> <p>Con propósitos de seguridad o prevención de fraude.</p> <p>Actualización de datos entregados por el Titular.</p> <p>Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL</p>
-----------	--

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	<p>Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral.</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Realización de procesos de elección y promoción interna.</p>
ESTUDIANTES	<p>Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos.</p> <p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio.</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas.</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	<p>Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales</p> <p>Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico</p> <p>Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono).</p> <p>Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos.</p> <p>Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente.</p> <p>Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud.</p> <p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica.</p> <p>Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas, programas especiales.</p> <p>Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario.</p> <p>Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas.</p> <p>Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil.</p> <p>Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas</p> <p>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.</p>
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	<p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada titular de base de datos que posea la entidad.</p> <p>Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas</p> <p>Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores</p> <p>información relevante para el cumplimiento del objeto social.</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL</p> <p>Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos.</p> <p>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil.</p> <p>Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.</p>

 Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	CÓDIGO: GA-FR-136 Versión: 3 Vigente desde: 27/07/2023 Página: 2 de 2
	FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a propietarios, de empleados, empresarios, misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo. Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados. Realización de publicaciones internas y externas. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización Brindar información a empresas que solicitan verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales (Prueba verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información). Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones. Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.	
VEEDORES	Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios. Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales. Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial. Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.	

DECLARACIÓN:

Yo, Johana Roldán Gue mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E., para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):

(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E.

(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E. se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.

(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para colear mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E., con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de IBAGUE a los (23) veintitrés días del mes de Diciembre del Año 2023.

Firma: [Firma manuscrita]

Nombre: Johana Roldán Gue

C.C No: 1013624709 de: Bchota

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT _____ TI: _____ Otro _____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor: _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor: _____ Parentesco: _____

250



**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 1013624209 **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 19/01/2026 10:34 AM



Código Verificación: **R6CYXUDPFA**

Válida hasta: **19/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO: GF-FR-067
			Versión: 03
	FORMATO SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL		Vigente desde: 30/06/2023
			Página: 1 de 1

Fecha: Ibagué,

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Número del Contrato: 2026-

Nit: 901.695.718-1

Contratista: DISTRI MEDIC ALL

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01

Nombre Rubro Presupuestal: SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS

Certificado de Disponibilidad Presupuestal a afectar:

Valor: \$400.000.000

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

Contratar la prestación de servicios profesionales especializados para el desarrollo del proceso de atención por la especialidad en Oftalmología en el Hospital Federico Lleras Acosta De Ibagué E.S.E., por Cuatro (4) meses contados a partir de la suscripción del Acta de inicio y previo el cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado


LUZ ÁNGELA GÓNZALEZ BELTRÁN
 Internación Médica – Sede Limonar

Autorización Ordenador del Gasto:

Dra. MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE 
 Gerente
 Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día _____ Mes _____ Año _____ Hora: _____ am _____ pm _____

Diligenció	
Nombre: <i>Rocio Díaz</i>	Firma:
Fecha:	

