

9Página 1 de 1	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	
Código 2BS-FR-0046		
Fecha 16-10-2013	FORMATO REVISIÓN ES ESTUDIOS PREVIOS	
Versión: 0		

HOSPITAL CENTRAL- POLICIA NACIONAL

Fecha: _____

Lugar: Bogotá, – Hospital Central

No. Consecutivo _____ No. SISCO 389082

Objeto: TECNICO ASISTENCIAL –AUXILIAR DE ENFERMERIA	Valor: \$9.515.568,00
--	--------------------------

FUNCIONARIO – UNIDAD QUE PRESENTA EL ESTUDIO PREVIO: Capitán LINA PAULA CAICEDO GONZALEZ – Supervisor Del Contrato – Departamento De Enfermería – Hospital Central De La Policía.

OBSERVACIONES DEL ESTUDIO PREVIO:

FUNCIONARIO QUE PARTICIPA EN LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO.

CARGO	GRADO	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Responsable proceso (unidad dueña necesidad)	Capitán	LINA PAULA CAICEDO GONZALEZ	Lina paula Caicedo G.
Analista de contratos (quien revisa)			
Jefe área o grupo contratación			
Jefe grupo precontractual (unidad)			

PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO

FECHA		VALOR	Valor: \$9.515.568,00
GRADO	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
Capitán	LINA PAULA CAICEDO GONZALEZ	Jefe Departamento de Enfermería	Lina paula Caicedo G.

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

Bogotá, 02 de Febrero de 2021

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

1.1	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Técnico Asistencial –Auxiliar de Enfermería. Según resolución 125 del 08 de Abril de 2020 de la Dirección de Sanidad			
1.2	VALOR ESTIMADO	El total del contrato es de nueve millones quinientos quince mil quinientos sesenta y ocho pesos, moneda corriente. (\$9.515.568,00)			
1.3	CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, Y/O VIGENCIAS FUTURAS	DOCUMENTO	VIGENCIA	RECURSO	VALOR VIGENCIA
		Resolución N° 001 del 01/01/2021	2021	16	\$9.515.568,00
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO			\$9.515.568,00
		Certificado Plan Anual de Adquisiciones No. <u>0437</u> De fecha. <u>01-02-2021</u>			
1.4	CLASE DE CONTRATO	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión ó para la ejecución de trabajos artísticos, que solo puedan encomendarse a determinadas personas naturales.			
1.5	PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES	Título: AUXILIAR DE ENFERMERIA Experiencia Labora Cero (0): Según la Resolución 125 de 08 de Abril de 2020.			
1.6	IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN				
EL ESPHA Hospital Central Policía Nacional requiere la contratación de Técnico Asistencial –Auxiliar de Enfermería. Según resolución 125 de 08 de Abril de 2020 de la Dirección de Sanidad , teniendo en cuenta que no existe personal de planta para cubrir las necesidades del servicio. Teniendo en cuenta que la enfermería es un proceso transversal que se encuentra inmerso en el desarrollo y ejecución de los procedimientos de atención en salud, como parte del direccionamiento estratégico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, encontrando entre otros los siguientes procedimientos; apoyo clínico, apoyo terapéutico, atención en consulta externa, ayudas diagnósticas y terapéuticas, hospitalización y hotelería hospitalaria, asistencia en procedimientos quirúrgicos, asistencia en procedimientos y atención de urgencias. Considerando el incremento en las actividades de atención por parte del Departamento de Enfermería del Hospital Central en los diferentes servicios como son: el servicio de hospitalización con pacientes pediátricos, pacientes adultos hombres y mujeres de medicina interna pacientes en hospitalización quirúrgicos, pacientes de ginecología maternas por parto por cesárea y alto riesgo medicina interna, servicios de urgencias ayudas diagnósticas, consulta externa, unidades de cuidado intensivo adulto pediátrico, neonatal y programas especiales. Tomando en consideración que la prestación del servicio de enfermería debe adelantarse en condiciones de calidad, eficiencia enfocado en la seguridad hacia el paciente teniendo en cuenta el incremento de usuarios en los diferentes servicios, las problemáticas de la demanda se considera que las formas para atender o resolver esta problemática será a través de la contratación de este servicio profesional. Se requiere adelantar la contratación de los servicios de un auxiliar de enfermería para prestar atención en salud, de acuerdo a las necesidades de la entidad y conforme a los lineamientos y protocolos del Departamento de Enfermería con ética y calidad en el ámbito ambulatorio y hospitalario, inherente a la atención de III nivel a fin de garantizar la segura, adecuada y oportuna atención de los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional adscritos al Hospital Central. El Hospital Central no cuenta con los medios para satisfacer esta necesidad, por lo que la forma de satisfacerla es mediante la contratación del servicio a través de un tercero; igualmente, el presupuesto para la contratación se encuentra incluido en el plan anual de adquisiciones del Departamento de Enfermería del Hospital Central de la Policía Nacional.					

2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta la naturaleza jurídica del contrato a realizar, se adelanta el proceso de contratación directa Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como **Técnico Asistencial –Auxiliar de Enfermería Según resolución 125 de 08 de Abril de 2020 de la Dirección de Sanidad.**

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

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

3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

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

3.1.1 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

3.1.1.1 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

El nivel académico debe haber sido recibido en entidades educativas debidamente reconocidas ante el Ministerio de Educación y estar asociado a los niveles de primaria, secundaria, técnica, tecnológica, profesional-universitaria, especializaciones, maestrías y doctorados.

1.1.1.3 HABILIDADES

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

3.1.1.4 FORMACIÓN:

Título: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Experiencia

Experiencia Laboral Cero (0), SEGÚN la Resolución 125 de 08 de Abril de 2020.

Cuando aplique experiencia se deberá adjuntar la certificación que soporte dicho requisito.

4 CONDICIONES DEL CONTRATO

4.1 LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIOS

La prestación del servicio como **TÉCNICO ASISTENCIAL –AUXILIAR DE ENFERMERÍA. Según resolución 125 de 08 de Abril de 2020 de la Dirección de Sanidad.** Se realizará en el Hospital Central de la Policía Nacional ubicado en la carrera 59 No. 26 - 21 CAN, Dirección de Sanidad Policía Nacional ubicada en la calle 44 No. 50 – 51, edificio Edgar Yesid Duarte Valero torre A y B y/o donde determine el supervisor del contrato.

4.2 FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Se realizará cumpliendo con las obligaciones del contratista enumeradas en el **Anexo No. 2**, de acuerdo con las especificaciones técnicas relacionadas en el **Anexo No. 1**, por ocho (8) horas diarias, (44) horas semanales y (190) horas mensuales, que se distribuirán en diferentes actividades que se le encomienden, en la forma y organización del servicio.

4.2.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El contratista debe cumplir con la Prestación del Servicio, el cual iniciará a partir de la aprobación de la garantía única, suscripción de la carta de inicio y por un total de ciento ochenta (180 DIAS)

VIGENCIA	DIAS	VALOR POR MES	VALOR TOTAL
2021	180 DIAS	\$1.585.928.00	\$9.515.568,00
TOTAL			\$9.515.568,00

4.3 FORMA DE PAGO

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

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

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

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

4.3 SUPERVISOR O INTERVENTOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será el JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL CENTRAL. Correo electrónico **hocen.enfer@policia.gov.co** o quien haga sus veces, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto contractual, de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018.

4.4 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

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

4.5 OBLIGACIONES DEL ESPHA HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL

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

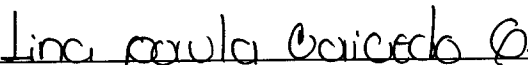
5 ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

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

6. ANEXOS DEL ESTUDIO

Son anexos del presente Estudio Previo los siguientes:

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



Capitán LINA PAULA CAICEDO GONZALEZ
Cedula de Ciudadanía 52.751.961
JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

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

PERSONA NATURAL:

- propuesta o carta de ofrecimiento del servicio.
- fotocopia de la cedula de ciudadanía ampliada al 150%
- fotocopia de la libreta militar o pantallazo de la verificación (<https://www.libretamilitar.mil.co/modules/consult/militarysituation>)
- tribunal de ética médica / odontológica / enfermería (no superior a 90 días de expedición)
- inscripción en el rethus (registro único nacional del talento humano en salud).
- carné de vacunación con el esquema completo de:
 - hepatitis b esquema completo tres dosis **cada 5 años**
 - tétanos esquema completo tres dosis **cada 10 años**
 - influenza **anual**
- carné de radio protección para el personal que trabaje expuesto a radiaciones ionizantes.
- diploma y acta que certifique o acredite la especialización o supra-especialización (solo aplica para especialistas)
- documentos que acreditan la experiencia de acuerdo con la resolución 125 de 08 de Abril de 2020 (si aplica)
- certificación de antecedentes disciplinarios, penales, administrativos, fiscales y/o contravencionales. (se anexa pantallazo de la consulta realizada ante las páginas web de la policía nacional, procuraduría, contraloría y sistema de registro nacional de medidas correctivas rnmc).
- constancia de afiliación a entidad promotora de salud como independiente (no superior a 90 días de expedición)
- constancia de afiliación al fondo de pensiones (si es pensionado allegar copia de resolución) (no superior a 90 días de expedición)
- formato información a terceros
- certificación bancaria vigente
- declaración de bienes y rentas vigente.
- certificado de registro único tributario (Rut) expedido por la dirección de impuestos y aduanas nacionales Dian. la actividad económica deberá corresponder a la profesión liberal que va a realizar.
- examen pre-ocupacional (con fecha no superior a 3 años – debe estar vigente durante la ejecución del contrato)
- certificación curso soporte vital básico vigente (todo el personal de servicio médico asistencial).
- certificación curso soporte vital avanzado vigente (todo el personal de servicio médico asistencial de urgencias de baja y alta complejidad, atención prehospitalaria, excepto camilleros y auxiliares).
- certificación de código blanco - atención integral en salud a víctimas de violencia sexual y de genero vigente (todo el personal de servicio médico asistencial sin excepción)

ANEXO No. 1
CONDICIONES TÉCNICAS

1. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

TÉCNICO ASISTENCIAL –AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Título AUXILIAR DE ENFERMERIA Experiencia Labora Cero: SEGÚN LA RESOLUCION 125 de 08 de Abril de 2020.
--	--

2. HORAS PRESTACION DE SERVICIOS Y HONORARIOS

No.	Denominación	Horas Prestación Servicio			Honorarios Mes
		Día	Semana	Mes	
1	TÉCNICO ASISTENCIAL –AUXILIAR DE ENFERMERÍA	8	44	190	\$1.585.928.00

3. ACTIVIDADES PROGRAMADA

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

ACTIVIDADES ASISTENCIAL	UNIDAD DE MEDIDA	HORAS SEMANA
Hacer el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo institucional y a la hora establecida por la institución para tal fin junto con el equipo de auxiliares y enfermeras jefes que entregan y quienes reciben el servicio.	Auditoria	2
Asistir a los profesionales de la salud tratantes en los procedimientos a fin de coadyuvar en la atención integral del paciente.	Acompañamiento	4
Ejecutar el plan de actividades de enfermería teniendo en cuenta el tipo de paciente y su patología; pacientes de alta, mediana y baja complejidad realizando todas y cada una de sus actividades con ética y moral de acuerdo a la normatividad establecida para ejercer de la enfermería.	Informe	4
Realizar la atención de ingreso, egreso y de traslado de pacientes de acuerdo a los protocolos instituciones y bajo la seguridad del paciente	Gestión	4
Realizar las notas de enfermería en la historia clínica SISAP, PANEL DE ENFERMERIA Y KARDEX; en orden cronológico y de forma clara, amplia, coherentes, reales (manual o sistematizada) de la atención del cuidado básico diario (baño, cuidados de la piel, cambio de tendidos de unidad, asistencia a la alimentación, asistencia a la eliminación) realización de procedimientos, actividades e intervenciones; inherentes a su patología y estado actual.	Gestión	4
Mantener informado a la enfermera jefe sobre los procedimientos, exámenes realizados y cambios que observe en los pacientes, observando permanentemente su evolución, signos vitales, administración y balance de líquidos y estado general del mismo.	Informe	3
Administrar y registrar la administración de los medicamentos, mezclas, transfusiones y tratamientos especiales bajo la supervisión de la Enfermera Profesional del turno.	Informe	3
Realizar la movilización y traslado de pacientes de alto, mediano y bajo riesgo (cuando sea necesario la hará conjuntamente con el personal de enfermería del servicio).	Acompañamiento	4
Adherirse y cumplir de forma permanente los protocolos del departamento de enfermería según el lugar asignado para el cumplimiento de sus funciones ejerciendo su profesión con ética y moral; priorizando en todos los servicios el cumplimiento del protocolo de bioseguridad aplicando las medidas de asepsia y prevención de infecciones intra hospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente, que asegure un ambiente sano y seguro a los pacientes.	Informe	3
Participar en los programas docente asistenciales que desarrollo el hospital central, dirección de sanidad mediante los convenios con otros centros educativos o de formación.	Informe	2
Dar cumplimiento y realizar seguimiento a las directivas institucionales que procedan para la prestación del servicio, participando activamente en las brigadas de salud programadas por la dirección de sanidad en aquellos sitios donde la entidad la requiera.	Acompañamiento	3
Cumplir con el decálogo genérico para la atención al usuario. trato humanizado.	Informe	3
cumplir con el decálogo genérico para la atención al usuario. trato humanizado.	Acompañamiento	2
el contratista se compromete a la adherencia a los protocolos institucionales, en especial a los referentes para la atención del SARS COVID II y en específico con la utilización estricta de los elementos de protección personal, distanciamiento social cuando este sea conveniente (consumo de alimentos, reuniones, entre otros).	Auditoria	3

ANEXO No. 2 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.) Cumplir con el objeto contractual.
- 2.) El contratista deberá suscribir las pólizas, según los establecido en la cláusula "MECANISMOS DE COBERTURA, a cargo del Contratista"
- 3.) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilataciones y trabas.
- 4.) Responder en los plazos que el Hospital Central establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
- 5.) Cumplir cabalmente con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social integral, en los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007, Decreto 1273 de 2018, lo cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados. De acuerdo con el artículo 1° de la Ley 828 de 2003, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora, mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa.
- 6.) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el contratista deberá informar de tal evento a la Dirección del Hospital Central para que se adopten las medidas necesarias.
- 7.) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismo en el proceso de ejecución.
- 8.) Restituir al Hospital Central los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se haya suministrado.
- 9.) Contribuir con el desarrollo del establecimiento de Sanidad Policial donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios.
- 10.) Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por la **DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL**, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor. Los bienes que entregue la Entidad al **CONTRATISTA** para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual se suscribirá al inicio del contrato.
- 11.) Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera.
- 12.) Ejercer su profesión con moral y ética.
- 13.) Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales.
- 14.) Rendir los informes que la DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL requiera dentro de los plazos determinados.
- 15.) Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar y emitir los conceptos que se requieran.
- 16.) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular, responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida, que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros...)
- 17.) Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la **POLICÍA NACIONAL**, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.
- 18.) Si durante la ejecución del contrato surgen INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES, el contratista deberá informar al Supervisor del contrato ya la Dirección del Hospital, para adelantar el trámite correspondiente.
- 19.) Cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato, el Contratista deberá presentar al supervisor del mismo un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el término de su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las actividades del objeto contractual.
- 20.) El **CONTRATISTA** se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA).
- 21.) De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2482 de 2010 en su artículo 8, una vez puesto en marcha el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP, el **CONTRATISTA** deberá incluir la información requerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

- 22.)** El contratista se compromete a tener usuario registrado ante la plataforma SECOP II (Colombia Compra Eficiente) y mantenerlo activo, con el fin de aceptar digitalmente los contratos, adiciones y/o modificaciones que le sean enviados por la entidad estatal Hospital Central, así mismo deberá subir las pólizas para ser aprobadas por la Entidad estatal en el momento en que se le requiera.
- 23.)** Hacer el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo institucional y a la hora establecida por la institución para tal fin junto con el equipo de auxiliares y enfermeras jefes que entregan y quienes reciben el servicio.
- 24.)** Asistir a los profesionales de la salud tratantes en los procedimientos a fin de coadyuvar en la atención integral del paciente.
- 25.)** Ejecutar el plan de actividades de enfermería teniendo en cuenta el tipo de paciente y su patología; pacientes de alta, mediana y baja complejidad realizando todas y cada una de sus actividades con ética y moral de acuerdo a la normatividad establecida para ejercer de la enfermería.
- 26.)** Realizar la atención de ingreso, egreso y de traslado de pacientes de acuerdo a los protocolos instituciones y bajo la seguridad del paciente.
- 27.)** Realizar las notas de enfermería en la historia clínica SISAP, PANEL DE ENFERMERIA Y KARDEX; en orden cronológico y de forma clara, amplia, coherentes, reales (manual o sistematizada) de la atención del cuidado básico diario (baño, cuidados de la piel, cambio de tendidos de unidad, asistencia a la alimentación, asistencia a la eliminación) realización de procedimientos, actividades e intervenciones; inherentes a su patología y estado actual.
- 28.)** Mantener informado a la enfermera jefe sobre los procedimientos, exámenes realizados y cambios que observe en los pacientes, observando permanentemente su evolución, signos vitales, administración y balance de líquidos y estado general del mismo.
- 29.)** Administrar y registrar la administración de los medicamentos, mezclas, transfusiones y tratamientos especiales bajo la supervisión de la Enfermera Profesional del turno.
- 30.)** Realizar la movilización y traslado de pacientes de alto, mediano y bajo riesgo (cuando sea necesario la hará conjuntamente con el personal de enfermería del servicio).
- 31.)** Adherirse y cumplir de forma permanente los protocolos del departamento de enfermería según el lugar asignado para el cumplimiento de sus funciones ejerciendo su profesión con ética y moral. Priorizando en todos los servicios el cumplimiento del protocolo de bioseguridad aplicando las medidas de asepsia y prevención de infecciones intra hospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente, que asegure un ambiente sano y seguro a los pacientes.
- 32.)** Participar en los programas docente asistenciales que desarrolle el hospital central, dirección de sanidad mediante los convenios con otros centros educativos o de formación.
- 33.)** Dar cumplimiento y realizar seguimiento a las directivas institucionales que procedan para la prestación del servicio, participando activamente en las brigadas de salud programadas por la dirección de sanidad en aquellos sitios donde la entidad la requiera.
34. utilizar uniforme totalmente blanco, zapatos blancos de cuero antideslizante, toca, cabello recogido.
- 34.) CUMPLIR CON EL DECALOGO GENERICO PARA LA ATENCION AL USUARIO. TRATO HUMANIZADO.**
- 35.)** el contratista se compromete a la adherencia a los protocolos institucionales, en especial a los referentes para la atención del SARS COVID II y en específico con la utilización estricta de los elementos de protección personal, distanciamiento social cuando este sea conveniente (consumo de alimentos, reuniones, entre otros).

ANEXO No. 3

OBLIGACIONES DEL HOSPITAL CENTRAL

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.
2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien el HOSPITAL CENTRAL mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.
3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado.
4. Recibir a satisfacción el servicio prestado por el CONTRATISTA, cuando este cumpla con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el "ANEXO TÉCNICO".
5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno al Hospital Central, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos por mora o incumplimiento.
6. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC, previstas para el efecto.
7. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo, como consecuencia de la suscripción del contrato.
8. Solicitar y recibir información técnica respecto del servicio y del CONTRATISTA, en desarrollo del objeto del contractual.
9. Rechazar el servicio cuando no cumpla con los requerimientos técnicos exigidos.

ANEXO No. 4

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

GARANTIAS DEL PROCESO ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS.	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 3 AÑOS MÁS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL SERVICIO.
GARANTÍA UNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$50.000.000.00) AL PERSONAL ASISTENCIAL DIFERENTE A MEDICOS U ODONTÓLOGOS, QUIENES DEBERÁN SUSCRIBIRLA POR LA SUMA DE CIENTO MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00).	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL CONTRATISTA.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURIDICO	LA NO CONSTITUCION DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ(10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UNO (1%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERON LUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA, SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

ANÁLISIS DEL RIESGO Y FORMA DE MITIGARLO

1	° N	Clase	Fuente	Etapas	Tipo	Descripción (Qué puede pasar y, cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación total	Prioridad	¿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	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Monitoreo y revisión															
2																																							
3																																							

ANÁLISIS E IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO												
NRO.	CLASE	FUENTE	ETAPA	TIP O	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIAS DE LA OCURRENCIA DEL EVENTO	PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACIÓN TOTAL	A QUIÉN SE LES ASIGNA	TRATAMIENTO	CONTROLES A SER IMPLEMENTADOS
1	General	Externo	Selección	Operacional	Que no se presente personal profesional para el proceso de selección	Iniciar un nuevo proceso de contratación	3	1	4	El Hospital Central	Evitar el riesgo	Contar con debidas hojas de vida para seleccionar al personal que participará en el proceso de selección cumpliendo con las características requeridas
2	General	Externo	Contratación	Operacional	Que no se firme el contrato	Que se genera un desgaste administrativo y retraso en el desarrollo de las actividades propias del proceso requeridas	3	4	7	Contratista	Reducir la probabilidad de la ocurrencia del evento	Contar en el proceso de selección con más oferentes que puedan suplir la necesidad.
3	General	Externo	Contratación	Operacional	Que al contratista se le presente una mejor oferta en otra entidad dentro de la ejecución del contrato y realice terminación anticipada del contrato	Se genere una paralización de las actividades, procesos y procedimientos en cumplimiento a los clientes internos, externos y entes de control	3	4	7	Contratista	Aceptar el Riesgo	Contar con personal de planta que asuma los procesos y procedimientos mientras se contrata el perfil requerido para suplir esa necesidad.

ANEXO No. 6
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL



DIRECCIÓN DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO REQUISITOS

El **Responsable de Talento Humano del Hospital Central Policía Nacional**, hace constar que, una vez surtido el proceso de selección, el profesional, tecnólogo, técnico y/o auxiliar, cumple con los requisitos determinados por las resoluciones 125 de 08 de Abril de 2020, por las cuales se fijan los requisitos mínimos y honorarios para los contratos de prestación servicios profesionales, de la Dirección de Sanidad. Así mismo se verificó lo siguiente:

1. Se verifico Inscripción en el Ministerio y Secretaria de Educación los documentos que acreditan la idoneidad y así mismo se anexa:

- copia del diploma y acta de bachiller ✓
- copia del diploma (técnico, tecnólogo, pregrado) y tarjeta profesional (cuando aplique) ✓
- Certificación de experiencia (Este numeral solo aplica para personal Administrativo)

2. Se verifico Inscripción en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social del talento humano en salud (RETHUS), el cual cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y Resolución 3030 de 2014, por lo que se deberá entender que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

3. Se verifico la inscripción del profesional en el SIGEP, se actualizo la información correspondiente y se aprobó la Hoja de vida, así mismo se ejerció el control al presente profesional para que diligencia los requerimientos establecidos por la Función Pública en el aplicativo en mención de conformidad con el Instructivo No 026 del 11 junio de 2014 DIPON- DIRAF. (Se anexa Pantallazo de la consulta realizada).

Nota: En cumplimiento de las directrices de la Dirección General de la Policía Nacional cuando el profesional no esté inscrito en el SIGEP se deberá realizar dicho procedimiento por parte de TALENTO HUMANO.

4. Se anexa certificación de experiencia mínima para contratar con el estado (cuando aplique)

5. Se consultó que a la fecha no tiene antecedentes disciplinarios, penales, administrativos, fiscales y/o contravencionales. (Se anexa certificado de la consulta por la página WEB de la POLICIA NACIONAL, PROCURADURIA, CONTRALORIA y Sistema de Registro Nacional DE Medidas Correctivas RNMC). ✓

6. Se solicitó el estudio de seguridad a la Seccional de Inteligencia correspondiente y el mismo presenta concepto favorable para continuar con los trámites administrativos de contratación de conformidad con el Instructivo No. 026 del 11 junio de 2014 DIPON-DIRAF.

7. Se verificó el Certificado de Tribunal Ética Médica Nacional, Odontológico o de Enfermería (según corresponda), en el cual se evidencia que no tiene a la fecha ninguna inhabilidad para ejercer la profesión liberal que acredita.

8. Se verificó y anexa el examen pre-ocupacional, según instructivo 004 del 09-abril-2019, con el fin de suplir el trámite legal, para la firma del contrato, el cual no tiene una vigencia superior a tres (3) años en cumplimiento de la Resolución 37/10 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

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

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

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

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

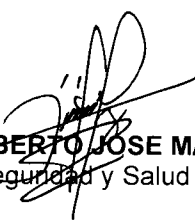
13. Se verifico y se anexa copia del carnet de vacunas. (Solo para personal asistencial)

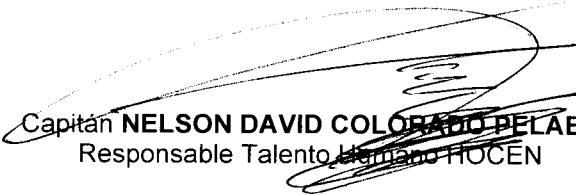
14. Se verifico que el profesional tiene definida su situación militar.

La anterior verificación se realiza al Señor (a) **CARDENAS HERMOSA MERCEDES LISETH** identificado (a) con cedula de ciudadanía No 1.006.518.028 por parte de esta dependencia se certifica que cumple con la idoneidad y la experiencia necesarias para cumplir con las actividades asignadas **como AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

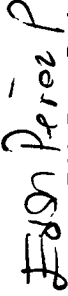
En consecuencia, el presente anexo se expide de acuerdo con las políticas y lineamientos de la POLICIA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL, Agencia Colombia Compra Eficiente y Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II. A los 05 (02) días del mes de Febrero de 2021.


Psicóloga **SONIA PATRICIA CASTAÑO MANCERA**
Líder proceso Selección de Personal


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


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

"HUMANISMO Y CALIDAD CAMINO A LA EXCELENCIA EN LA SANIDAD POLICIAL"
Carrera 59 26 – 21 Bogotá
Teléfonos: 5804401 ext. 2489
www.policia.gov.co

 Policía Nacional Dirección de sanidad		FORMATO (G) SELECCIÓN DE PERSONAL INFORME FINAL	
Macroproceso DISAN: Administrador		Proceso: Gestión del Talento Humano	
Gestión del Talento Humano		Actividad: Selección y Vinculación de Personal	
Elabora: PS. ENRIQUE LUENGAS SOTELO		Fecha de emisión: 10/01/07	
Revisó: ST. DIANA MARCELA RIVEROS ARDILA		Fecha última actualización : 02/02/09	
Aprobó: MY. SONIA DEL PILAR MORENO C.			
DATOS GENERALES			
REQUERIMIENTO: AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA: ENERO 12 DE 2021	
UNIDAD: HOCEN		HORAS A CONTRATAR: 08	
NOMBRE DEL OFERENTE: MERCEDES LICETH CARDENAS HERMOSA		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.006.518.028	
PROFESION : AUXILIAR DE ENFERMERIA		EDAD: 23 AÑOS	
CONTRATO PARA: DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA HOCEN		DISPONIBILIDAD DE TIEMPO: 8	
CONCEPTO PRUEBAS PSICOLOGICAS			
PRUEBAS APLICADAS WARTEGG Y FIGURA HUMANA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES HASTA EL DÍA DE HOY CUMPLIENDO LO REQUERIDO PARA EL PERFIL.			
MOMENTO DE LA ENTREVISTA.			
RESULTADOS			
CONCEPTO TECNICO:	CUMPLE		
PROFESIONAL DE APOYO:	Enfermera Eddy Perez Pacheco, Supervisor Departamento de Enfermería; Psicologo Subintendente Ricardo Aguirre Acuña y Psicologa Patrullera Yenny Juliet Franco Guarnizo, Apoyo Proceso de Selección de Personal.		
PUNTAJE	PUNTAJE OBTENIDO	VALOR EN PORCENTAJE	
PUNTUACION PRUEBA DE CONOCIMIENTOS	30,00	50%	
PUNTAJE Y CONCEPTO ENTREVISTA:	23,10	30%	
PUNTAJE EN ANALISIS DE HOJA DE VIDA	10,00	20%	
TOTAL	63,10	100%	
CONCEPTO EVALUACIÓN :		APRUEBA	
OBSERVACIONES:			
 Enfermera Eddy Perez Pacheco Supervisor Departamento de Enfermería  Psicologo Subintendente Ricardo Aguirre Acuña Apoyo Proceso de Selección de Personal  Psicologa Patrullera Yenny Juliet Franco Guarnizo Apoyo Proceso de Selección de Personal			
Elaborado por: Psicologa Sonia Patricia Castaño Mancera			



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
GRUPO CONTRATOS HOCEN



AREAD - GUCON - 29.25

Bogotá D.C., 3 de febrero de 2021

Capitan

Jefe Departamento Hocén
 KR 59 26 21
 Bogotá D.C.

Asunto: Devolución de carpetas personal de enfermería

De manera atenta, me permito hacer devolución de las carpetas del personal que se relacionan mas adelante, en atención que no cumplen con la documentación requerida para continuar con el proceso de contratación.

Por lo anterior, se solicita se anexe el estudio de seguridad y calificación del proceso de selección.

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESION
ARGUELLO MOLINA	AUXILIAR
JOHAN CAMILO	CAMILLERO
CONTRERAS LOPEZ	AUXILIAR
FRANCISCO ANTONIO	CAMILLERO
SOLANYI	CAMILLERO
GARCIA GUTIERREZ	AUXILIAR
LILIANA	CAMILLERO
VILLAMARIN SANCHEZ	AUXILIAR DE
JEIMI PAOLA	ENFERMERIA
CARDENAS HERMOSA	AUXILIAR DE
MERCEDES LISETH	ENFERMERIA
PAULA STEFANIA	CAMILLERO

Atentamente,



Nombre: Julio Cesar Quintana Rodriguez
 Grado: Mayor
 Cargo: Jefe Grupo Contratos
 Cédula: 9296063
 Dependencia: Grupo Logístico Hocén
 Unidad: Dirección De Sanidad

03/02/2021 18:47:30

KR 59 26 21
 Teléfono:
www.policia.gov.co



INFORMACION PUBLICA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.518.028**

CARDENAS HERMOSA

APELLIDOS

MERCEDES LISETH

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1997**

SAN VICENTE DEL CAGUAN
(CAQUETA)

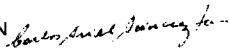
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

21-JUL-2015 MOSQUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1516900-00759422-F-1006518028-20151105

0047316526A 1

44864415

Entidad

Tipo Identificación: Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Estado Identificación: Detalle:

Tipo Programa	Origen Obtención	Título	Protección y Ocupación	Fecha Inicio efencia		Entidad Reportadora
				Acto Administrativo		
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2018-04-03	761970	DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE	

Atencion telefonica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +571.9005040-Risco de vida: 040000000000

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. el jornada continua

Solicitudes, sugerencias y reclamos: PQRSC

Notificaciones judiciales

Términos y condiciones de uso



REPÚBLICA
DE COLOMBIA

INSTITUTO DE FORMACIÓN LABORAL
INSEFORLA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Con Resolución de Reconocimiento de Estudios
N° 00590 del 15 de Febrero de 2012 y 01011 de Febrero de 2013

Confiera A:

MERCEDES LIZETH CARDENAS HERMOSA

T.E. 1906.21.023 DE TULATO TELADA

El Título de
Bachiller Académico

Por haber culminado satisfactoriamente los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media Académica del periodo 2014 (Art. 28
Ley 115 de 1994) según los planes y programas vigentes.

Dado en Puerto Tejada Cauca, a los (05) días del mes de
Julio de 2014 no requiere Registro de la Secretaría
de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y
2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la
República

Julia Edith Romero Giron
CC 34.513.265

RECTORA

Aca 2° 176



Adia Patricia Barrios
CC 57.293.768

SECRETARIA

Folio 2° 176



ACTA DE GRADO

Resolución de Reconocimiento de Estudio No.00590
del 15 de Febrero de 2012 y 01011 de Febrero de 2013
Inscripción DANE 319573000818

INSTITUTO DE FORMACION LABORAL INSDEFORLA

En el municipio de Puerto Tejada - Cauca a los cuatro (04) días del mes de Julio del año dos mil catorce (2014) se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Directores Administrativos y Secretaria, del INSTITUTO DE FORMACION LABORAL "INSDEFORLA" Institucion aprobada hasta UNDECIMO en el nivel de Educación Media, modalidad Académico con Resolución de Reconocimiento de estudios No 00590 del 15 de Febrero de 2012 y 01011 de Febrero de 2013 emanadas de la Secretaria de Educación Departamental

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al programa de educación por ciclos integrados especializados para jóvenes y adultos, se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y números de documento de identidad se relacionan a continuación:

MERCEDES LIETH CARDENAS HERMOSA
T.I. N° 1.006.518.028 de Puerto Tejada

Es fiel copia del Acta Original General N° 006 del (05) del mes de Julio de 2014. Que consta de (30) estudiantes, que comienza con el Nombre de: ALBA ROSA FUORTADO RIASCOS y termina con el nombre de YULIANA STEFANNI MINA BALANTA. Firmada y sellada por JULIA EDITH ROMERO GIRON Directora, NIDIA PATRICIA BARRIOS R. Secretaria, a los cinco (05) días del mes de Julio de 2014.

No requiere registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1.994

Julia Edith Romero Giron
JULIA EDITH ROMERO GIRON
CC 34.513.265
DIRECTORA



Nidia Patricia Barrios R.
NIDIA PATRICIA BARRIOS
CC 57.293.768
SECRETARIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
Municipio de Santiago de Cali



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD SAN JOSE

INSTITUTO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado según acuerdo 0029 de Febrero de 2010 Ministerio de la Protección Social

Reconocimiento Oficial No. 4143.0.21.4789 de Abril 03 de 2012

Autorización Oficial de Estudios 4143.0.21.4788 de abril 03 de 2012 Secretaria de Educación Municipal

CERTIFICA
LA APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS
DE

MERCEDES LISETH CARDENAS HERMOSA

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA No. 1.006.518.028 DE MOSQUERA

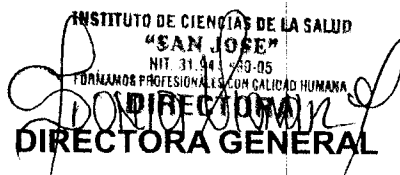
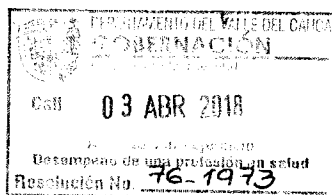
EN LA MODALIDAD DE

TECNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERIA

Con una intensidad horaria total de 1.800 horas Teórico – Prácticas.

Firmado en la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca

a los 01 días del mes de Abril de 2017



REPUBLICA DE COLOMBIA
Municipio de Santiago de Cali



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD SAN JOSE

INSTITUTO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado según acuerdo 0029 de Febrero de 2010 Ministerio de la Protección Social

Reconocimiento Oficial No. 4143.0.21.4789 de Abril 03 de 2012

Autorización Oficial de Estudios 4143.0.21.4788 de abril 03 de 2012 Secretaria de Educación Municipal

Acta No. 1037

EL SUSCRITO DIRECTOR GENERAL Y ACADEMICO DEL CONSEJO DIRECTIVO

CERTIFICA QUE:

MERCEDES LISETH CARDENAS HERMOSA

En la ciudad de Santiago de Cali, Departamento del Valle del Cauca, siendo las 6:00 pm de la tarde de Abril 1 de 2017, y de conformidad con los estatutos reglamentarios; se celebró en reunión solemne con el fin de otorgar el certificado de aptitud ocupacional como:

TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA A:

La señorita **MERCEDES LISETH CARDENAS HERMOSA** Identificada con cedula de ciudadanía N° 1.006.518.028 Expedida en Mosquera. Quien curso y aprobó la capacitación Teórico – Práctica. Una vez comprobada su situación legal y académica se procedió a la entrega oficial de la presente Acta de Grado.

REGISTRO INSTITUCIONAL FOLIO NO. 001 DEL LIBRO DE CERTIFICADOS NO. 1

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
"SAN JOSE"
NIA 31.941.800-05
FORMAMOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO HUMANO
DIRECTORA GENERAL

Bogotá, D.C., 27 de enero del 2021

Coronel

DOMINGO ALFREDO LÓPEZ DALES

Director Hospital Central Policía Nacional
Bogotá D.C.

Respetado señor,

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

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

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado a la dirección: Carrera 75 N° 47-26 apartamento 201, correo electrónico: soyhermosa45@gmail.com y teléfono: 318 661 0803.

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

Atentamente,



MERCEDES LIETH CARDENAS HERMOSA
CC. 1 006 518 028 Mosquera

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 159399195



WEB
18:27:09
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de enero del 2021

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) MERCEDES LISETH CARDENAS HERMOSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006518028:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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 o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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.

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 25 de enero de 2021, a las 18:24:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL. /

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1006518028
Código de Verificación	1006518028210125182412

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.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





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, 25/01/2021 06:37:00 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1006518028** y Nombre: **MERCEDES LISETH CARDENAS HERMOSA.**

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. **19191363**. 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

Información

5159000

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

www.policia.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

Lee atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE
A. AFILIACIÓN ☒ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐

2. TIPO DE AFILIACIÓN
A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☐ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. RÉGIMEN
C. Contributivo ☒ S. Subsidiado ☐

4. TIPO DE AFILIADO
CO Cotizante ☒ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐

5. TIPO DE COTIZANTE
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

CÓDIGO: FECHA DE LA SOLICITUD: 27 01 2021

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Cardenas SEGUNDO APELLIDO: Hermosa PRIMER NOMBRE: Mercedes SEGUNDO NOMBRE: Liseth

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ C.C.E.P.A.C.D.S.C. 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006518028 9. SEXO: ☒ M ☐ F 10. FECHA NACIMIENTO: 27 06 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: ☐ C ☐ T ☐ A ☐ C ☐ D ☐ S ☐ C ☐ D ☐ S ☐ C

12. DISCAPACIDAD: ☐ P ☐ M ☐ T ☐ P

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN: 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL:

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES:

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES:

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC:

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CRA: 75 # 47-26 ZONA: ☒ U ☐ R LOCALIDAD / COMUNA: engativá BARRIO: permandia

19. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TELEFONO FIJO: 318 661 0803 CORREO ELECTRÓNICO: 30thermosa45@gmail.com

Ciudad / Municipio: Bogotá Departamento: Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ T ☐ C ☐ C ☐ E ☐ P ☐ A ☐ C ☐ D ☐ S ☐ C 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 22. SEXO: ☐ F ☐ M 23. FECHA NACIMIENTO: DÍA: MES: AÑO: CÓDIGO IPS:

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS: 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 26. NÚMERO DE IDENTIDAD: 27. SEXO: 28. FECHA DE NACIMIENTO: 29. PARENTESCO: 30. ETNIA: 31. DISCAPACIDAD: Tipo: Condición:

32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio: Departamento: Zona: Solución Fija: Solución Móvil: 33. VALOR UPCE AFILIADO ADICIONAL (Se diligencia en EPS): 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (EPS): 35. NIVEL DE SISBEN: 36. GRUPO POBLACIONAL:

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: Mercedes Liseth Cardenas H. X 36. Tipo documento de identidad: ☒ C.C.E.P.A.C.D.S.C. 37. Número documento de identidad: 1006518028 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I ☐ J ☐ K ☐ L ☐ M ☐ N ☐ O ☐ P ☐ Q ☐ R ☐ S ☐ T ☐ U ☐ V ☐ W ☐ X ☐ Y ☐ Z

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CRA: 75 # 47-26 Bogotá Cundinamarca 40. TELEFONO FIJO: 318 661 0803 41. CORREO ELECTRÓNICO: 30thermosa45@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA: MES: AÑO: CARGO: SALARIO:

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD: 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: ☐ 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: ☐ 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS: ☐ 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS: ☐ 6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS: ☐ 7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES: ☐ 8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES: ☐ 9. FIN DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR: ☐ 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO: ☐ 11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES: ☐ 12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES: ☐ 13. MOVILIDAD: ☐ 14. TRASLADO: ☐ 15. DIFERENTE RÉGIMEN: ☐ 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO: ☐ 17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO: ☐ 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO: ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Cardenas SEGUNDO APELLIDO: Hermosa PRIMER NOMBRE: Mercedes SEGUNDO NOMBRE: Liseth

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ C.C.E.P.A.C.D.S.C. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006518028 SEXO: ☒ M ☐ F FECHA NACIMIENTO: 27 06 1997

42. FECHA (a partir de): DÍA: MES: AÑO: 43. EPS ANTERIOR: Código: 44. MOTIVO DE TRASLADO: Código: 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES: Protección

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de veracidad: Declaro que conlleva con ética (Seriedad) identificada(s) con No. ☐

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. ☐

47. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐

48. Declaración de existencia de riesgos de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. ☐

49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de los beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio:

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☒ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total: 1

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐

62. Documento en el que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio: Código del departamento: 67. Datos del SISBEN: Número de ficha: Puntaje: Nivel: 68. Fecha de radicación: DÍA: MES: AÑO: 69. Fecha de validación: DÍA: MES: AÑO:

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo documento de identidad: Número del documento de identidad: 71. Firma del funcionario:

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, Mercedes Liseth Cardenas Hermosa identificado (a) con P.C. 9.8 ☒ C.C. Otro: _____
número 1006518028 de mosquera, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	☒ Sí ☐ No	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. <u>318 661 0803</u> y/o correo electrónico: <u>soyhermosa45@gmail.com</u> ☒ Sí ☐ No
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	☒ Sí ☐ No	
3. Lei el contenido de la carta de derechos y deberes	☒ Sí ☐ No	
4. Lei el contenido de la carta de desempeño	☒ Sí ☐ No	
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	☒ Sí ☐ No	
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	☒ Sí ☐ No	
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	☒ Sí ☐ No	

Cordialmente,

Firma: [Firma]
Tipo ID: CC No. ID: 1006518028
Fecha (dd/mm/aaaa): 27-06-1997
Dirección: Cra. 75-47-26
Tel: 318 661 0803 Municipio Bosota
Departamento: Cundinamarca



Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____ Huella _____

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consultable al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS

Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

• 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 revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento este expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI
			\$		NO		NO
Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐			Posición Ocupacional	Patrón/Employador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐		
	Preescolar ☐ Medio académico o clásico (bachillerato básico) ☐ Técnica Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado ☐			Inicio Contrato	Fin Contrato		
	Básico Primaria ☐ Medio Técnico (bachillerato técnico) ☐ Tecnológica ☐ Maestría ☐ Aprobado ☐						

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANTILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORAL, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1988 Y ART. 58 DECRETO 1406 DE 1988.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.L.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones

CIUDAD Y FECHA _____

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

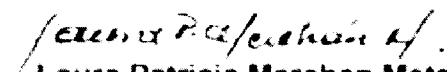
NIT 800.198.281

Hace constar que:

En(la) Señor(a) **CARDENAS HERMOSA MERCEDES LISETH** identificado(a) con **CC** número **1 006 518 028** se encuentra afiliador(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCION, desde el día 13 de junio de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de enero de 2021

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros.

Línea de servicio Protección, Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com



POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO

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

2.TIPO DE DOCUMENTO

- | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 2.1 Cédula de Ciudadanía | ☒ | 2.4 Otro Tipo de Documento | ☐ |
| 2.2 Cédula de Extranjería | ☐ | 2.5 Pasaporte | ☐ |
| 2.3 Numero de Identificación Tributaria | ☐ | 2.6 Tarjeta de Identidad | ☐ |

NUMERO DEL DOCUMENTO

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3.TIPO DE RETENCION

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

4.NOMBRE O RAZON SOCIAL

MERCEDES LISETH CARDENAS HERMOSA

5.PAIS

COLOMBIA

6.CIUDAD

BOGOTÁ

7.TELEFONO Y FAX

318 661 0803

8.DIRECCION

CARRERA 75 N° 47 - 26 APARTAMENTO 201

9.E-MAIL

mercedeslieth@bancolombia.com

4. INFORMACION DE LA CUENTA

1 ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA BANCO DE BOGOTA

2 NUMERO DE LA CUENTA

3 CLASE DE CUENTA

CORRIENTE

AHORROS

☒

ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 27 de enero de 2021

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona MERCEDES LISETH CARDENAS HERMOSA identificado(a) con CC 1006518028 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 327164281 desde el 25 de enero de 2021, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 27 de enero de 2021, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

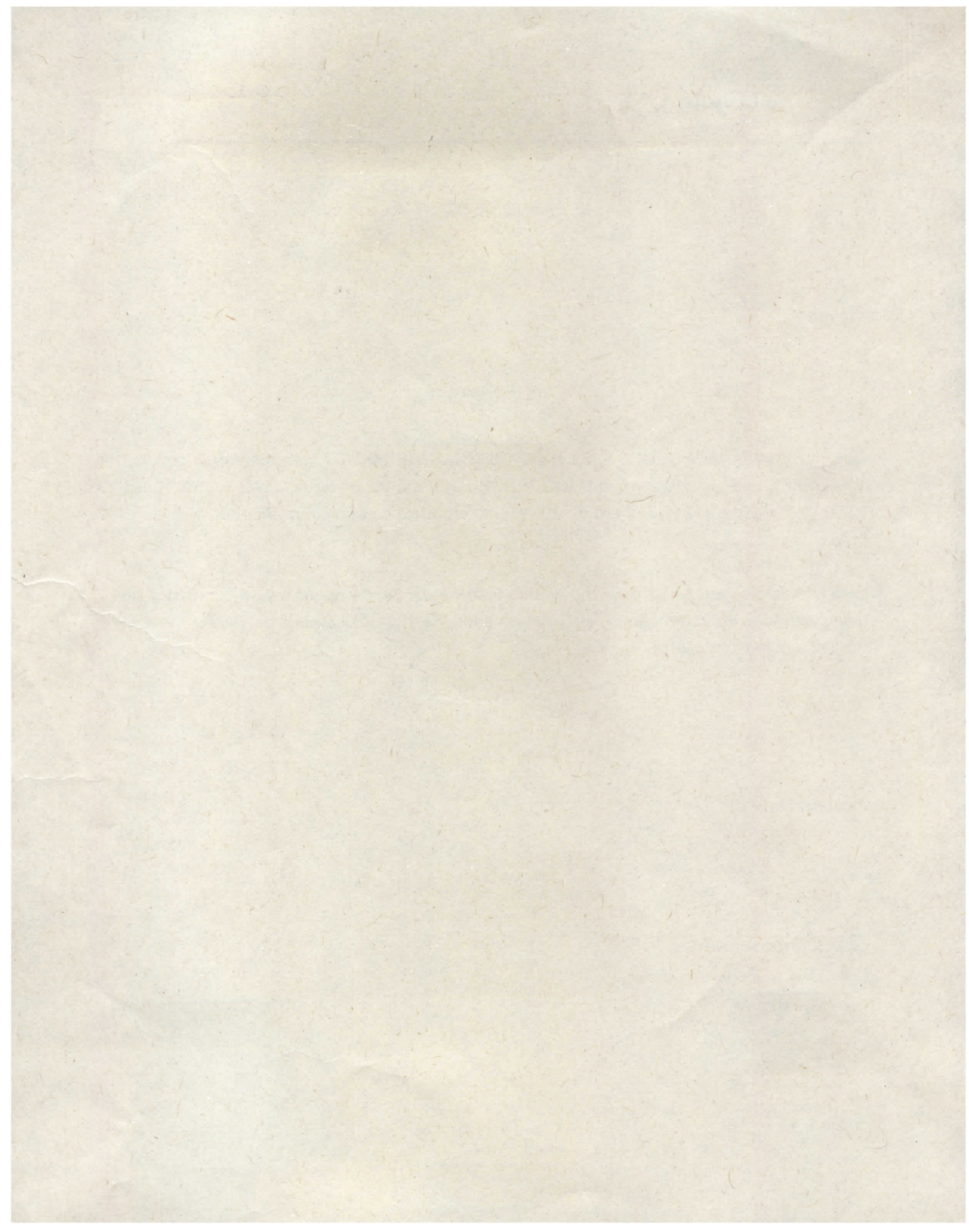
Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogotá



2. Concepto **13** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14524480417



(415)7707212489984(8020) 000001452448041 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 6 5 1 8 0 2 8

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Popayán

14. Buzón electrónico

17

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 0 6 5 1 8 0 2 8

27. Fecha expedición

2 0 1 5 0 7 2 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

16 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

Mosquera

4 7 3

31. Primer apellido

CARDENAS

32. Segundo apellido

HERMOSA

33. Primer nombre

MERCEDES

34. Otros nombres

LISETH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

16 9

39. Departamento

Cundinamarca

40. Ciudad/Municipio

Bogotá

1 1

41. Dirección principal

CR 75 47 26

42. Correo electrónico

soyhermosa45@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 8 6 6 1 0 8 0 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 0 5 1 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

5 1 3 2

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

☐

NO

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2021 - 01 - 27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MERCEDES LISETH CARDENAS HERMOSA
IDENTIFICADO CON : C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 1 006 518 028 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :
DIRECCIÓN CARRERA 75 N° 47 - 26 APARTAMENTO 201 TELÉFONOS 318 661 0803
MUNICIPIO BOGOTA DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA PAÍS COLOMBIA

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MERCEDES HERMOSA NAVARRO	CC. 40 691 481	MADRE
HERMES JOSÉ MUÑOZ CARDENAS	R.C. 1 062 339 841	HIJO

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	5 0 0 0 0 0 0
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
ARRIENDOS	0
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0
TOTAL	5 0 0 0 0 0 0

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTÁ	AHORROS	327.164.281	NORMANDIA	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
JOSÉ DARIÉN MUÑOZ DIAZ	C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐	1 089 744 946

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá 27-01-2021

CIUDAD Y FECHA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

 1006518028

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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 CARDENAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERMOSA	NOMBRES MERCEDES GISETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1006 518 028	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 27 MES 06 AÑO 1997 PAÍS COLOMBIA DEPTO CAQUETA MUNICIPIO SAN VICENTE		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 75 # 47-26 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO Bogotá TELÉFONO 318 661 0803 EMAIL soyhermosas@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: TECNICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 04	AÑO 2017

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

☒ (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	
T.C.	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	04	2017	

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD IPS SSI	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO valle del CAUCA	MUNICIPIO CAU	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gestionhumana@sssi.com	
TELÉFONOS 5748288	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 05 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 09 MES 07 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD El Hogar GERIATRICO SAN MARCOS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO VAIIE DEL CAUCA	MUNICIPIO CAU	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 315 436 1376	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO AUXILIA DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACIÓN PROPAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA.
DEPARTAMENTO CAUCA	MUNICIPIO PUERTO TEJADA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD INFO@FundacionPropal.org	
TELÉFONOS 828 3648	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

EL DR OSCAR NONTOA
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL ASPIRANTE: MERCEDES LISETH CARDENAS HERMOSA			
DOCUMENTO CC 1006518028		EDAD : 23 AÑOS	
ARL NO	EPS: NUEVA EPS	CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA : 01/02/2021
TIPO DE EXAMEN: INGRESO		TELEFONO :	

NOMBRE DE LA EMPRESA	HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NIT 830067597-4
LUEGO DE LOS EXAMENES REVISADOS:	VISUAL, VACUNACION, PARACLINICOS, OSTEOMUSCULAR
EMITE EL CONCEPTO OCUPACIONAL:	APTA LABORALMENTE
CON DIAGNOSTICOS:	Z021

CONCLUSIONES OCUPACIONALES: DE ACUERDO AL EXAMEN MÉDICO RELIZADO Y AL PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA

- SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA DE ORIGEN LABORAL Y/O ENFERMEDAD COMÚN QUE SE PUEDA AGRAVAR CON EL EJERCICIO DE LA LABOR A DESEMPEÑAR.
- **OSTEOMUSCULAR:** NO SE EVIDENCIAN LIMITACIONES DE LOS ARCOS DE MOVIMIENTO. NO HAY DOLOR QUE SEA SIGNIFICATIVO O DE IMPORTANCIA OCUPACIONAL A LA FECHA.
- **PSICOSOCIAL:** SIN ALTERACIONES DETECTADAS
- **METABOLICO:** PERFIL LIPIDICO NORMAL HEMOGRAMA NORMAL Y GLICEMIA NORMAL
- **BIOLOGICO:** ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO DE ACUERDO AL PROFESIOGRAMA DIRECCION DE SANIDAD HOSPITAL CENTRAL PARA EL CARGO A CONTRATAR.
- TITULOS DE ANTICUERPOS HEPATITIS A: REACTIVOS
- TITULOS DE ANTICUERPOS HEPATITIS B: REACTIVOS
- **VALORACION OPTOMETRICA:** REPORTADO NORMAL

INDICACIONES MÉDICAS

- PRACTICAR Y CONSERVAR AUTOCUIDADOS DE VIDA SALUDABLES, ACTIVIDADES DE RELAJACION, ACTIVIDAD FISICA REGULAR, OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE.
- CONTROL MEDICO INTEGRAL EN PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SU EPS
- USO REGULAR DE FOTOPROTECCIÓN DE PIEL Y OJOS
- USO CONSTANTE DE MEDIAS DE COMPRESION DURANTE JORNADA LABORAL

INDICACIONES OCUPACIONALES

- REPOSO AUDITIVO EXTRA LABORAL (EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO DE DISCOTECA, MOTO, EXPLOSIÓN, CELULAR, AUDÍFONOS, JUEGO DE TEJO) Y EXPOSICION A FUENTES DE RUIDO > 85 dB EN SU SITIO DE TRABAJO.
- SEGUIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
- PAUSAS ACTIVAS PERIÓDICAS EN SU PUESTO DE TRABAJO SEGUN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA
- CONOCER Y CUMPLIR PROGRAMA SISOMA DE LA EMPRESA

TRABAJADOR:

NOMBRE LEGIBLE: _____

CÉDULA _____

FIRMA: _____

Dr. Oscar Nontoa G.
R.M16299 L.S.O.25750
U.NACIONAL - FUAA

Firma: _____

DR OSCAR NONTOA GONZALEZ

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

RESOLUCIÓN No 25-750 de 24/02/2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO: "El presente documento tiene validez, para los fines pertinentes solicitados por la empresa requiriente. "Bajo la gravedad del juramento informo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud. Igualmente confirmo que he sido informado sobre el propósito de este examen y sé que el resultado de este será mantenido en reserva y custodia por el área de Salud que realiza este acto. Nota: en caso de existir alguna inexactitud por omisión a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley"

CERTIFICA QUE:

Mercedes Liseth Cardenas Hermosa

Identificado(a) con N° de Documento.

CC:1.006.518.028

Asistió al programa correspondiente a:

CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO

Con una duración de 40 horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.



LIV Daines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Alejandro Forero Miracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 13 días del mes de Enero de 2021.

Vigencia hasta el día 13 del mes de Enero de 2023

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 365 23 74 EXT. 228



CERTIFICA QUE:

Mercedes Liseth Cardenas Hermosa

Identificado(a) con N° de Documento.

CC:1.006.518.028

Asistió al programa correspondiente a:

CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una duración de 40 horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.


Liz Deines Rosa Nova
Coord. Registro y Control.


Alejandro Forero Viracacha
Director General

Entregado en Bogotá a los 13 días del mes de Enero de 2021.

Vigencia hasta el día 13 del mes de Enero de 2023

Para verificar este certificado favor comunicarse al centro de capacitación Gerscol PBX: 3 65 23 74 EXT. 228



