**PROCESO DE SELECCIÓN DE:**
**MINIMA CUANTIA: _ X____**
**MENOR CUANTIA: _____**
**MAYOR CUANTÍA: _____**

| E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA | |
|---|---|
| **ANALSIS DE CONVENIENCIA SELECCIÓN DE CONTRATACIÓN** | |
| | |
| **CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL** | |
| Fecha de elaboración del Análisis de conveniencia | 20 AGO 2021 |
| Nombre del funcionario que diligencia el Análisis de conveniencia | NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMAN |
| Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato | Unidad Funcional de Servicios Ambulatorios. |
| Dependencia solicitante | Oncología |
| Tipo de Contrato | Prestación de servicios |
| Presupuesto Oficial | **$ 162.500.000** |
| Rubro del Presupuesto Oficial | 2102020001 Remuneración servicios técnicos |

| **Descripción de la Necesidad** | |
|---|---|
| Justificación | Por ser el Hospital Federico Lleras Acosta la Institución de mayor complejidad en el Departamento, se hace necesario contar con especialistas médicos que den respuesta a las necesidades de los tolimenses, es por esta razón que se requiere contar en la especialidad de **MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** teniendo en cuenta que dentro de la nómina Institucional, no existe este recurso para dar respuesta a la demanda de este servicio.<br>Importante determinar que esta especialidad esta ofertada en el portafolio de la Institución, por tal motivo lo que se pretende es suplir las necesidades de la población con la prestación del servicio de esta especialidad.<br>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 tendría un impacto social muy alto para toda la población del Tolima. |
| **Descripción y Especificaciones del objeto a contratar** | |
| Objeto del Contrato | Prestar los servicios para el DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCION COMO **SUBESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** para 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 1 | 00 | |

| | |
|---|---|
| Especificaciones Técnicas | Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento: **TÍTULO UNIVERSITARIO: MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, CON MINIMO UN AÑO DE EXPERIENCIA** |
| Plazo del Contrato | **Cuatro (4) meses y diecinueve (19) dias contados a partir del previo cumplimiento de los requisitos de ejecución.** |
| Lugar de Ejecución del Contrato | Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. |
| Forma de Pago | **POR EVENTO:**<br>- Consulta médica especializada, Interconsultas: **$50.000**<br>- Atención diaria hospitalaria, siempre y cuando sea el médico tratante, **tarifa pactada con las EPS menos el 30%**<br><br>DE PROCEDIMIENTOS REALIZADO DURANTE EL MES DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES TARIFAS: |

| CUPS | PROCEDIMIENTOS | 2.018 |
|---|---|---|
| 048200<br>053113 | BLOQUEO NERVIO PERIFERICO 1 o MAS NIVELES. | 262.500 |
| 048300 | BLOQUEO PARAVERTEBRAL (CERVICAL,TORAXICO,LUMBAR O SACROCOXIGEO) | 353.850 |
| 992300 | BLOQUEO O INYECCION EPIDURAL CENTRAL, TRASFORAMINAL O TRASLAMINAR X 1 O VARIOS NIVELES. | 871.500 |
| 048300 | BLOQUEO NERVIO FACETA O RAMO POSTEROMEDIAL X 1 O VARIOS NIVELES. | 871.500 |
| 039001<br>039002 | COLOCACION CATETER EPIDURAL TUNELIZADO SIN RESERVORIO. | 871.500 |
| 053114<br>053108 | BLOQUEO SIMPATICO POR REGIONES: CERVICAL, TORAXICO,CELIACO,ESPLACNICO, LUMBAR O SACOCOXIEGEO X 1 O VARIOS NIVELES | 1.050.000 |
| 053301<br>053302<br>053303 | NEUROLISIS RAIZ NERVIOSA O GANGLIO RAIZ DORSAL PERCUTANEA CON ALCOHOL O RADIOFRECUENCIA. NO INCLUYE EL AGENTE O EQUIPO RF | 1.575.000 |
| 053304 | BLOQUEO DE GANGLIO DE GASSER O ESFENOPALATINO. | 1.050.000 |
| 861411 | COLOCACION DE TOXINA BOTULINICA PARA DOLOR | 787.500 |
| 053108 | NEUROLISIS PLEXO CELIACO BILATERAL. | 1.575.000 |
| 039301<br>039302 | COLOCACION PERCUTANEA DE ELECTRODOS NEUROESTIMULACION DE PRUEBA. | 1.680.000 |
| 039303 | IMPLANTACION PERCUTANEA DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION, EPIDURAL O INTRADURAL DEFINITIVOS. | 3.675.000 |
| 861805 | BOMBA PROGRAMABLE PARA DOLOR. | 3.675.000 |
| 039400 | RETIRO DE ELECTRODOS O CATETER + NEURO ESTIMULADOR ESPINAL O BOMBA PARA INFUSION ESPINAL O EPIDURAL. | 1.050.000 |
| 530049 | ANALGESIA ENDOVENOSA POR PCA | 315.000 |
| 530050 | ANALGESIA PERIDURAL O PLEXO POR PCA | 315.000 |
| 530051 | ADHESIOLISIS PERCUTANEA | 1.575.000 |
| 530051 | COLOCACION DE DERIVACION EPIDUROSUBCUTANEO CON PUERTO IMPLANTABLE TIPO CELSITE. | 1.575.000 |
| 530052 | DISCLOSIS PERCUTANEA | 1.575.000 |

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

| | |
|---|---|
| | 1. Certificado de paz y salvo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales.<br>2. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de la presente invitación.<br>3. Factura de acuerdo a las normas tributarias<br>4. El valor del contrato se cancelará dentro de los (60) sesenta días contados a partir de la realización de la factura.<br>5. PARAGRAFO: En caso de mora en el pago por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima, Empresa Social del Estado; previa solicitud que realice el CONTRATISTA, se cancelará un interés de mora del 0,1%.<br>6. El corte del recibo de facturas es el 25 de cada mes. Si no presenta la factura antes del 25, se entenderá que fue presentada el primer día hábil del mes siguiente. |

**VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANALISIS ECONOMICO JUSTIFICADO**

| | |
|---|---|
| El valor Estimado para la presente contratación es de: | CIENTO SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS ($ 162.500.000) |

**ESTUDIOS DE MERCADO**

Para efectos del cálculo del presupuesto se realizó, el análisis económico del valor estimado del contrato, basándose en el estudio técnico de precios de mercado y en el histórico de las tarifas contratadas por el hospital.

**ANALISIS REALIZADO**

Teniendo en cuenta que dentro del recurso humano de la planta permanente del Hospital no se cuenta con personal que asuma las actividades necesarias para el desarrollo del objeto contractual y con el fin de garantizar la continuidad en la prestación del servicio en condiciones de calidad y oportunidad, es necesaria la contratación de **ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**.

| Vigencia 2018 | | Vigencia 2019 | | Vigencia 2020 | |
|---|---|---|---|---|---|
| Enero | - | Enero | - | Enero | $ 21.465.000.00 |
| Febrero | $ 29.901.000.00 | Febrero | $ 50.979.000.00 | Febrero | $ 10.110.000.00 |
| Marzo | $ 34.020.000.00 | Marzo | $ 26.511.500.00 | Marzo | $ 25.821.000.00 |
| Abril | - | Abril | $ 33.694.500.00 | Abril | $ 12.136.500.00 |
| Mayo | $ 33.054.000.00 | Mayo | $ 28.171.500.00 | Mayo | $ 20.886.000.00 |
| Junio | $ 35.595.000.00 | Junio | $ 31.229.000.00 | Junio | $ 14.724.000.00 |
| Julio | $ 30.366.000.00 | Julio | $ 32.760.000.00 | Julio | $ 17.569.500.00 |
| Agosto | $ 40.141.500.00 | Agosto | $ 26.743.500.00 | Agosto | $ 30.990.000.00 |
| Septiembre | $ 24.502.500.00 | Septiembre | $ 35.425.500.00 | Septiembre | $ 49.957.500.00 |
| Octubre | - | Octubre | $ 31.605.000.00 | Octubre | $ 33.172.500.00 |
| Noviembre | - | Noviembre | $ 29.439.000.00 | Noviembre | $ 41.720.500.00 |
| Diciembre | - | Diciembre | $ 37.295.500.00 | Diciembre | $ 21.411.000.00 |
| **total** | **$ 227.580.000.00** | **total** | **$ 363.854.000.00** | **total** | **$ 299.963.500.00** |

**ANALISIS REALIZADO**

Teniendo en cuenta que dentro del recurso humano de la planta permanente del Hospital no se cuenta con personal que asuma las actividades necesarias para el desarrollo del objeto contractual y con el fin de garantizar la continuidad en la prestación del servicio en condiciones de calidad y

oportunidad, es necesaria la contratación de **SUBESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**

## GARANTIAS DEL CONTRATO:

| Tipo o Clase de Garantía | Cobertura o Niveles de Amparo | Valores | Vigencia | Clase de contrato |
|---|---|---|---|---|
| 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 | De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV, siguiendo las siguientes reglas: 1. Doscientos (200) smmlv para contratos cuyo valor sea inferior o igual a mil quinientos (1.500) smmlv. 2. Trescientos (300) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a mil quinientos (1.500) smmlv e inferior o igual a dos mil quinientos (2.500) smmlv. 3. Cuatrocientos (400) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a dos mil quinientos (2.500) smmlv e inferior o igual a cinco mil (5.000) smmlv. 4. Quinientos (500) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a cinco mil (5.000) smmlv e inferior o igual a diez mil (10.000) smmlv. 5. El cinco por ciento (5%) del valor del contrato cuando este sea superior a diez mil (10.000) smmlv, caso en el cual el valor asegurado debe ser máximo setenta y cinco mil (75.000) smmlv. | La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato. | **ES OBLIGATORIO PARA LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS Y AQUELLOS CUYA ACTIVIDAD PUEDA AFECTAR A TERCEROS COMO POR EJEMPLO MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA** |
| Póliza de responsabilidad médica: | Para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato | De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV, siguiendo las siguientes reglas: 1. Doscientos (200) smmlv para contratos cuyo valor sea inferior o igual a mil quinientos (1.500) smmlv. 2. Trescientos (300) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a mil quinientos (1.500) smmlv e inferior o igual a dos mil quinientos (2.500) smmlv. 3. Cuatrocientos (400) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a dos mil quinientos (2.500) smmlv e inferior o igual a cinco mil (5.000) smmlv. 4. Quinientos (500) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a cinco mil (5.000) smmlv e inferior o igual a diez mil (10.000) smmlv. 5. El cinco por ciento (5%) del valor del contrato cuando este sea superior a diez mil (10.000) smmlv, caso en el cual el valor asegurado debe ser máximo setenta y cinco mil (75.000) smmlv. | Vigencia corresponderá al plazo del contrato. | **ES OBLIGATORIO PARA LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS** |
| 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. | El valor de esta garantía debe ser de por lo menos el diez por ciento (10%) del valor del contrato a menos que el valor del contrato sea superior a un millón (1.000.000) de smmlv, caso en el cual la Entidad Estatal aplicará las siguientes reglas: 1. Si el valor del contrato es superior a un millón (1.000.000) de smmlv y hasta cinco millones (5.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el dos punto cinco por ciento (2,5%) del valor del contrato. 2. Si el valor del contrato es superior a cinco | La garantía de cumplimiento del contrato debe tener una vigencia mínima hasta la liquidación del contrato. | SE SOLICITA PARA TODOS LOS CONTRATOS QUE SUPEREN LOS 150 SMMLV |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | millones (5.000.000) de smmlv y hasta diez millones (10.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el uno por ciento (1%) del valor del contrato.<br>3. Si el valor del contrato es superior a diez millones (10.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el cero punto cinco por ciento (0,5%) del valor del contrato. | | | |
| Obligaciones del Contratista | | | • Revisar, actualizar, adoptar las guías médicas basadas en la evidencia, protocolos, procesos y procedimientos de la especialidad, evaluación del nivel de adherencia, presentar las evidencias al supervisor del contrato pata la revisión y aprobación por el área de planeación y calidad.<br><br>**ATENCION EN CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA**<br>Actividades Específicas:<br>• Consulta médica especializada para pacientes ambulatorios, para lo cual deberá verificar antes de su realización que el servicio haya sido facturado**, 2 pacientes por hora cuando la realice CONSULTA DE PRIMERA VEZ y 3 pacientes por hora cuando se trate de seguimiento y/o control.** Con disponibilidad mínima de consulta de 20 horas a la semana.<br>• Procedimientos que serán programados en agendas de acuerdo al proceso de asignación de citas, **con un mínimo de 6 horas a la semana y 2 pacientes por hora**<br>• Cumplir con los requisitos de la cuenta de alto costo (CAC) la base de datos de Cáncer de la región, diligenciando los formatos establecidos para dicho fin y suministrando la información completa y veraz<br>• Mantener comunicación con usuarios, familia y equipo de salud, que garantice el conocimiento del estado de salud del paciente y el plan de atención, para lograr la adherencia al tratamiento<br>• Participar en la elaboración de procesos, procedimientos, guías de atención, control de calidad, vigilancia epidemiológica, con el fin de estandarizar las pautas de manejo del Hospital<br>• Apoyar el en proceso de construcción e implementación del programa de dolor y cuidados paliativos institucional del paciente oncológico y no oncológico.<br><br>**ATENCION EN HOSPITALIZACION (INTERNACION)**<br>Actividades Específicas:<br>• Atención hospitalaria para los pacientes de la especialidad<br>• Efectuar las respuestas a Interconsultas **dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud.**<br>• Educación al paciente y su familia sobre su enfermedad y autocuidado<br><br>**Todas estas actividades se desarrollarán de acuerdo a:**<br>• Lo definido en el manual de operación y en los procesos y procedimientos de la institución, que reposan en la oficina de calidad o en las coordinaciones de las unidades funcionales.<br>• A la programación realizada, planes operativos, planes de mejoramientos, agendas establecidas por contratista y contratante, por los contratos | | | |

| | |
|---|---|
| | establecidos por las EPS, Además se sugieren del adecuado y oportuno diligenciamiento de las historias clínicas a partir de las normas establecidas por el comité de historias clínicas del Hospital y la legislación vigente. Igualmente la elaboración adecuada y oportuna de todos los soportes de facturación que se generen de las distintas actividades asistenciales, por ejemplo RIPS, solicitud de medicamentos no POS, etc.<br>• Los cambios de agenda deben solicitarse por escrito **y estar previamente autorizados por el coordinador del servicio, mínimo con OCHO días de antelación a la solicitud del cambio.**<br>• En el desarrollo del proceso contratado, el contratista participará activamente en las reuniones programadas en los diferentes servicios de la institución; procurarán la salvaguarda y el adecuado mantenimiento de las instalaciones del Hospital así como de los equipos y elementos del servicio.<br>• 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.<br>• 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.<br>• 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.<br>• Resolver interconsultas a otras especialidades, con oportunidad, suficiencia y claridad, para apoyar el tratamiento integral de los pacientes.<br>• 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.<br>• Conocer y aplicar guías de atención médica, establecidas en la institución y participar en el proceso de revisión y actualización de las mismas.<br>• Realizar el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos o tratamientos que lo requieran.<br>• 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.<br>• Asistir a las reuniones programadas por la institución, incluyendo comités de infecciones, revisiones de caso, comités de morbimortalidad, complicaciones quirúrgicas y anestésicas.<br>• Diligenciar todos los registros de su competencia sobre la atención (físicos o electrónicos). Sera responsable de la evolución diaria y escrita del paciente, durante todo el tiempo de su estancia, de las órdenes médicas, de la solicitud, registro e interpretación de los exámenes para clínicos y de la epicrisis, EN EL SOFTWARE INSTITUCIONAL DINAMICA 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. |

| | |
|---|---|
| | • Registrar diariamente los procedimientos, actividades e intervenciones realizados a los pacientes, con sus respectivos códigos, con el fin de mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, incluyendo los formatos especiales tales como el NO-POS, MIPRES, RUAF, etc.<br>• 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. 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.<br>• Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el Hospital cuenta con firma digital, por lo tanto todo médico especialista debe registrar su firma en el área de sistemas; solo a través de este procedimiento se puede 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.<br>• Desarrollar las actividades según la agenda definida previamente, respetando la programación de quirófano y consulta externa, garantizando el cumplimiento de los estándares de productividad mínima. El incumplimiento de esta generara la no cancelación de las actividades no realizadas y si el incumplimiento es reiterativo se impondrán las multas que se encuentren en el contrato.<br>• 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.<br>• 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.<br>• Custodiar los elementos, materiales y equipos asignados a su área, con el fin de lograr el uso racional de los mismos.<br>• Emitir conceptos o peritajes médico legales y asistir a las citas relacionadas |

| | |
|---|---|
| | con responsabilidad médica, con el fin de cumplir con las obligaciones como auxiliar de la justicia.<br>• 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.<br>• 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.<br>• Participar en comités y grupos en los que haya sido incluido para el desarrollo de la plataforma estratégica.<br>• 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.<br>• Conocer y aplicar el manual de procesos y procedimientos de la unidad funcional, para lograr la mayor eficiencia en el servicio y participar en la actualización del mismo.<br>• 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.<br>• Dar respuesta a los requerimientos hechos por el supervisor para entregar la información solicitada con calidad y oportunidad; en caso de no obtener respuesta se considera incumplimiento del objeto del contrato.<br>• Para desarrollar los procesos deberá tenerse en cuenta las normas. reglamentos, políticas, protocolos y procedimientos definidos por la Institución.<br>• Portar el carné de identificación; los costos de estos los asume el contratista, en caso de no usarlos, se considera incumplimiento del contrato.<br>• Utilizar y portar todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades y propender por el auto cuidado de su salud y de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades<br>• 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.<br>• 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.<br>• 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.<br>• Con el fin de dar cumplimiento a las normas establecidas en el |

| | |
|---|---|
| | Programa de Salud y Seguridad Laboral de los trabajadores del Hospital Federico Lleras Acosta, el Comité del COPASST, se deben tener en cuenta los siguientes requisitos: 1.-) Copia del Carnet de Vacunas de Hepatitis y Tétano. 2.-) Debe participar en las capacitaciones que el Hospital programe en seguridad laboral, inducción y reinducción y todo lo que surja en este tema durante la vigencia del contrato. 3.-) Debe implementar las normas de Salud y Seguridad en el Trabajo, utilizando los elementos de Protección Personal y cumpliendo los protocolos establecidos para ello.<br>• Realizar las demás actividades que surjan con ocasión de la ejecución del presente contrato, previamente avaladas por la supervisión del presente contrato.<br>• Para efectos de los recobros, estos operarán cuando las objeciones superen el 2% de la facturación, por debajo de esta cifra no habrá recobro al CONTRATISTA, esto sin perjuicio del análisis que se haga de las mismas para implementar los planes de mejoramiento. El procedimiento de recobros tendrá en cuenta los siguientes aspectos: 1. Cuando la glosa sea por no pertinencia demostrada, se glosará el total de los honorarios de la misma. 2. 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. En general aplicarían 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. 3. Para las demás causas de glosa se aplicará si supera el 2% de la facturación. |
| Obligaciones de la E.S.E. | • Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato<br>• Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley.<br>• 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 como los de prestación de servicios profesionales, no se requiere la liquidación de contrato, conforme lo dispone el decreto 019 de 2012. |
| Fundamentos Jurídicos de Modalidad de Selección | 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. |

| | |
|---|---|
| Justificación de los factores de selección | La oferta más favorable a la entidad en el presente proceso, será aquella que cumpla con los requisitos habilitantes. Para el caso de contratación directa, basta con el cumplimiento de las condiciones fijadas en el análisis de oportunidad y conveniencia. |
| Condiciones de cumplimiento para la contratación. | **TÍTULO UNIVERSITARIO: MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS, CON MINIMO UN AÑO DE EXPERIENCIA** |
| Estimación, tipificación y asignación de riesgos previsibles | El Hospital Federico Lleras identifica los siguientes riesgos asociados al proceso de contratación: |

| 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 |
| | | | Regulatorios | Casi Cierto (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 Cierto (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 Cierto (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 riegos 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:**
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.

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

| No. | Clase | Fuente | Etapa | Tipo | DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir) | Consecuencia de la ocurrencia de la 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 | | | Costo económico del tratamiento | Persona responsable por implementar el tratamiento | Monitoreo y revisión | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Probabilidad | Impacto | Calificación | | | ¿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 |
| 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 | Los valores asignados para este tipo de contratación son de acuerdo a la proyección presupuestal para la vigencia fiscal 2021. |

| | |
|---|---|
| presupuesto oficial | |
| 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. 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: | 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.<br><br>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.<br><br>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. |
| Declaraciones del contratista | El futuro contratista hace las siguientes declaraciones:<br>Conoce y acepta los Documentos del Proceso<br>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.<br>Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato.<br>Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad.<br>Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente.<br>El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionados con el cumplimiento del objeto del presente contrato.<br>El oferente 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 éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.<br><br>En caso de adjudicación del contrato el oferente 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.<br>En caso de adjudicación del contrato autoriza al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, verificar los títulos y demás documentos presentados en la oferta. |
| Responsabilidad: | El oferente en caso de salir adjudicatario 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. 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 e interpretación unilateral del Contrato: | El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el contrato en caso de ser adjudicado, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto contractual. |
| Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato: | El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el Contrato, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato.<br><br>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.<br><br>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<br><br>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<br>Cláusula 16 –<br>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 |
| Multas | En los contratos se incluirán las sanciones por incumplimiento del contratista como son la cláusula penal pecuniaria por un valor equivalente al 20% del valor total del contrato en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista; las multas diarias y sucesivas hasta por diez (10) días equivalente al 0.2% del valor total del contrato en caso de incumplimiento parcial al objeto del contrato la cual debe 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 20% 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 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. |
| Cesión | |

| | |
|---|---|
| | 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 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 la cláusula 18 del presente Contrato. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, el Hospital Federico Lleras Acosta 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. |
| Indemnidad | El Contratista se obliga a indemnizar al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, 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. |
| Caso Fortuito y Fuerza Mayor | Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la 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 la PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA de la entidad CONTRATANTE, quién deberá controlar su ejecución y cumplimiento, conforme los deberes y obligaciones impuestos en virtud de la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción). 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 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 las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las clausulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes. |
| 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: Convienen 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 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. |
| Gastos: | Los gastos que ocasione la legalización del contrato en caso de adjudicación del contrato 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**

Se acoge a la normatividad vigente, ordenanza 020/2018, por tal razón no se solicitará estampillas; sin embargo la entidad solicita concepto de interpretación a la ordenanza a la Gobernación del Tolima; en casa tal ue a raíz de este concepto se cambien las determinaciones de la ordenanza 020/2018, se solicitarán las siguientes estampillas.

| ESTAMPILLA | USO | TARIFA |
|---|---|---|
| **PROCULTURA** | TODOS LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, ENCARGOS FIDUCIARIOS Y FIDUCIA PUBLICA Y SUS MODIFICACIONES, QUE SE SUSCRIBAN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON PERSONAS NATURALES O JURIDICA DE DERECHO PRIVADO | 1 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA |
| **PROHOSPITAL** | TODOS LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, QUE SE SUSCRIBAN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON PERSONAS NATURALES O JURIDICA DE DERECHO PRIVADO | 1 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA |
| **PROELECTRIFICADORA** | TODOS LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONCESION SUS MODIFICACIONES, QUE SE SUSCRIBAN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON PERSONAS NATURALES O JURIDICA DE DERECHO PRIVADO | 0,5 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA |
| | | |

**Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.**

| LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **N°** | **DOCUMENTOS** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| | **ETAPA PREPARATORIA** | | |
| 1 | ANALISIS DE CONVENIENCIA CON VoBo | | |
| 2 | CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD | | |
| | **ETAPA PRECONTRACTUAL** | | |
| 3 | PROPUESTA | | |
| 4 | HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP | | |
| 5 | 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 | | |
| 6 | CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL | | |
| 7 | COPIA DE LA RESOLUCION DE AUTORIZACION DE EJERCICIO PROFESIONAL | | |
| 8 | TARJETA PROFESIONAL (Copia del certificado o la tarjeta de inscripción ante la Secretaria Departamental del Tolima) | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | SOPORTE VITAL AVANZADO -VENCIMIENTO 2 AÑOS | | | |
| | 10 | ACLS (apoyo vital cardiovascular) y ATLS (apoyo vital traumatológico avanzado) para los medios de urgencias-FECHA DE VENCIMIENTO-2 años-ATLS-PALS-NALS | | | |
| | 11 | Reanimación avanzada pediátrica PALS (apoyo vital pediátrico avanzado) para enfermeras y médicos de UCI Pediátrico-FECHA DE VENCIMIENTO-2 años-PALS | | | |
| | 12 | Reanimación avanzada neonatal NALS para enfermeras y médicos de UCI Neonatal - FECHA DE VENCIMIENTO-2 años-NALS | | | |
| | 13 | certificado formación en sedación (médicos generales y especialistas USM) | | | |
| | 14 | ANTECEDENTES PROFESIONALES | | | |
| | 15 | AUTORIZACION VERIFICACION TITULOS | | | |
| | 16 | VERIFICACION RETHUS | | | |
| | 17 | ENTRENAMIENTO UCI- (Médico UCI) | | | |
| | 18 | CERTIFICACION EN LA GESTION OPERATIVA DE ORGANOS (Especialistas UCI) | | | |
| | 19 | CERTIFICACION DE CURSO - VICITMAS VIOLENCIA - (Médicos Generales y Especialistas) | | | |
| | 20 | LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA | | | |
| | 21 | DOS (2) FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150% | | | |
| | 22 | RUT ACTUALIZADO | | | |
| | 23 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA - MAX 30 DIAS | | | |
| | 24 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA-MAX 30 DIAS | | | |
| | 25 | ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA-MAX 30 DIAS | | | |
| | 26 | PLANILLA DEL ULTIMO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | |
| | 27 | DOS (2) CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS | | | |
| | 28 | DOS (2) CERTIFICADO AFILIACION A FONDO DE PENSION | | | |
| | 29 | DOS (2) CERTIFICADO DE AFILIACION A ARL | | | |
| | 30 | CERTIFICADO CUENTA BANCARIA | | | |
| | 31 | CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS - VENCIMIENO 10 AÑOS | | | |
| | 32 | CERTIFICADO VACUNA TETANO - VENCIMIENTO 10 AÑOS | | | |
| | 33 | ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L-VENCIMIENTO 5 AÑOS | | | |
| | 34 | CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O FORMATO QUE CERTIFIQUE QUE LA ADQUIRIO | | | |
| | 35 | EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL | | | |
| | 36 | TARJETA PROFESIONAL Y CARNET DE PROTECCION RADIOLOGICA (médicos y técnico en imágenes) | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 37 | CERTIFICADO EXPOSICION IONIZANTES (RADIOLOGOS) | | | |
| | 38 | FORMATO DE BIENES Y RENTAS | | | |
| | 39 | FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTES (VoBo PLANEACION) | | | |
| | 40 | FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL | | | |
| | 41 | CERTIFICADO DE IDONEIDAD | | | |
| | 42 | CERTIFICACION CURSO DE HUMANIZACION EN SALUD SEGÚN REOSLUCION 0238 DEL 12-02-2020-HFLL-POLITICA DE HUMANIZACION EN CONJUNTO CON EL PROGRAMA DE HUMANIZACION- de cada una de las personas que va a ejecutar el contrato | | | |
| | 43 | SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC-CONSULTAR EN https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx-DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA HA EJECUTAR EL CONTRATO | | | |
| | 44 | CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES 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. | | | |
| | 45 | CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS – LEY 1918 DE 2018. - https://inhabilidades.policia.gov.co | | | |
| | 46 | CONOCIMIENTO DEL CLIENTE-debidamente verificado y firmado | | | |
| | 47 | ACTA DE COMPROMISO - conocedor de los principios y valores adoptados por la Institución, incluidos en el "DI-MN-001 Código de Ética" y aprobado mediante la Resolución 4354 del 30 de diciembre de 2015 | | | |
| | 48 | CERTIFICADO DE QUE recibió la socialización del documento "DI-MN-001 Código de Ética" del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué –Tolima E.S.E. aprobado mediante la Resolución 4354 del 30 de diciembre de 2015, que contiene los principios y valores adoptados por la Institución. | | | |
| | 49 | ACTA DE ACEPTACION DE COMPROMISO, PROTOCOLOS ETICOS Y DECLARACION DE VALORES Y PRINCIPIOS-acepto y me comprometo a cumplir y respetar en cada una de mis labores, en el cumplimiento de mis funciones para los cuales estoy vinculada con la Institución, la Declaración de Valores y Principios, que orientan el comportamiento ético de la comunidad del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué , empresa social del Estado, aprobado mediante el Acuerdo No.197 del 25 de julio de 2006 | | | |
| | 50 | ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION | | | |
| | 51 | FORMATO DE AUTORIZACION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 52 | CERTIFICACION DE SOCIALIZACION DEL CODIGO DE ETICA | | | |
| | 53 | ACEPTACION DE MANEJO EN BASE DE DATOS | | | |
| | 54 | PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II | | | |
| | 55 | CARTA DE ACEPTACION | | | |
| | 56. | POLIZAS REQUERIDAS | | | |
| | | ETAPA CONTRACTUAL | | | |
| | 57 | CONTRATO | | | |
| | 58 | REGISTRO PRESUPUESTAL | | | |
| | 59 | ACTA MODIFICATORIA (SI APLICA) | | | |
| | 60 | RECIBO PAGO POLIZAS | | | |
| | 61 | ESTAMPILLAS (SI APLICA) | | | |
| | 62 | CERTIFICADO DE LEGALIZACION | | | |
| | 63 | ACTA DE INICIO | | | |
| | 64 | ACTAS DE ADICION | | | |
| | 65 | POLIZAS ( CUMPLIMIENTO-RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL- RESPONSABILIDAD MEDICA PROFESIONAL) APROBADAS | | | |
| | 66 | CERTIFICADO DE LEGALIZACION | | | |
| | 67 | INFORMES DE SUPERVISION | | | |
| | 68 | ACTA DE TERMINACION | | | |
| | 69 | ACTA DE LIQUIDACION | | | |

Responsable,

**NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMAN**
Profesional Especializado Área Salud.
Hospital Federico Lleras Acosta

**LUIS EDUARDO GONZALEZ**
Gerente.
Hospital Federico Lleras Acosta

Fecha Impresión: lunes, 30 agosto 2021

# HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

## 890706833

# CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

**N°: CDP 2105**

Expedido el 27/08/2021 4:35:34 p.m. de la Vigencia del 2021

**EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO:**

**CERTIFICA**

Que la Apropiación Presupuestal de:

| GASTO | RUBRO | RECURSO | CONCEPTO | VALOR | DEBITOS | CREDITOS | VALOR ACTUAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 2102020001 | 20 | REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS | $ 162.500.000 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500.000 |
| | | | TOTAL: | $ 162.500.000 | | | $ 162.500.000 |

De la Vigencia Fiscal del 2021 se ENCUENTRAN REGISTRADOS ESTOS VALORES:

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN COMO SUBESPECIALISTA EN MEDICINA DE DOLOR Y CUIDADO PALIATIVOS POR 4 MESES Y 19 DIAS

Vence el 25/11/2021 11:59:59 p.m. de la Vigencia del 2021

FABIO TORRES FUENTES
El Suscrito Profesional Universitario

Elaboró: 38210435 - TATIANA ALEJANDRA OSUNA VARGAS



LICENCIADO A: [HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE] NIT [890706833-9]

| SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código: GF-FR-067 | Fecha de elaboración: 03/12/2009 | Fecha de actualización: 16/04/2016 | Versión: 2 | Página 1 de 1 | |

*Fecha: Ibagué,*

*Para:*
*Jefe de presupuesto o quien haga sus veces*

*Número del Contrato: 2021*

*Nit: 1.106.738.909*

*Contratista: JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ*

*Rubro Presupuestal: 2102020001*

*Nombre Rubro Presupuestal: Remuneración Servicios Técnicos*

*Certificado de Disponibilidad Presupuestal a Afectar:*

***Valor: $ 162.500.000***

***Se solicita RP para prestar los servicios para el desarrollo para el desarrollo DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCION COMO SUBESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS por el término de cuatro (4) meses y diecinueve (19) días contados a partir del previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato para el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.***

***NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMAN***
*Profesional Especializado Oncología*
*Grupo Servicios Ambulatorios*

*Autorización Ordenador del Gasto:*

***Dr. LUIS EDUARDO GONZALEZ***
*Gerente.*
*Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.*

*Nombre Recibe Solicitud*

*Fecha y Hora Radicación de la Solicitud*

*Día ____ Mes_____ Año _____ Hora:_____ am ___ pm___*

| | |
|---|---|
| *Diligenció*<br>*Nombre: Edilsa Barreto A.*<br>*Fecha: 2021* | *Firma:* |

Ibagué, 05 de Julio 2021

Doctor
**LUIS EDUARDO GONZALEZ**
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta ESE
Ibagué-Tolima

Referencia: Propuesta Prestación de Servicios

Respetado Doctor

Teniendo en cuenta que el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. en cumplimiento de su misión y considerando que la Unidad Funcional de Ambulatorios requiere del servicio de un **Especialista En Dolor Y Cuidados Paliativos** y considerando que es parte fundamental dentro de los procesos de atención hospitalaria y considerando que es la única Institución de mayor complejidad en el departamento del Tolima, que tiene diferentes contratos con la EPS, EPS-S, Secretaria de Salud del Tolima, Aseguradoras entre otros, debiendo cumplir con calidad, oportunidad, eficiencia y en procura de salvaguardar el dicho fundamento a la salud por estar en conexidad con la vida de todos los usuarios que ingresan para el manejo de sus patologías, de la manera más respetuosa me permito presentar propuesta para la prestación de los servicios como **Especialista En Dolor Y Cuidados Paliativos,** para lo cual pongo a su disposición mi hoja de vida, en la cual se evidencia mi profesionalismo y amplia experiencia en esta área.

La presente propuesta se realiza con el objeto de: Prestar los servicios para el Desarrollo de los procesos y procedimientos de Atención en de **Dolor Y Cuidados Paliativos,** para el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE – TOLIMA E.S.E

Cuento con conocimientos de calidad, en Informática, en servicios de salud, destrezas, habilidades, valores, excelentes relaciones interpersonales, aptitudes, actitudes con integración del SER, SABER y SABER HACER; aprendizaje continuo, experticia, trabajo en equipo, creatividad e innovación, orientación a resultados; orientación al usuario, compromiso con los procesos contratados, transparencia y prestar el servicio de conformidad a los estándares de habilitación y calidad.

Igualmente estoy en condiciones de desarrollar mis actividades bajo los lineamientos, normatividad y protocolos vigentes que rigen al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento lo siguiente:

1. Especificaciones de la presente propuesta.

2. Que no me encuentro incursos 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 8º 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 pertenecemos es Persona Jurídica.

6. Que esta propuesta compromete al 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 a partir del cumplimiento del último de los requisitos de ejecución.

9. Que el valor total de la propuesta es la suma de **ciento sesenta y dos millones quinientos mil pesos ($162.500.000.) por el término de Seis (6) meses contados a partir del previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.**

10. Que no estoy reportado en el boletín de Responsables Fiscales, expedido por la Contraloría General de la República.

11. Que he leído y verificado los datos consignados en el contrato que voy a suscribir en cuanto a la identificación, la vigencia, el valor, las obligaciones, los requisitos de perfeccionamiento, la forma de pago y que los mismos son correctos y corresponden a la propuesta presentada.

Además, manifiesto:

12. 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.

Jessica Mahecha S

JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ
C.C. No. 1.106.738.909 de Armero - Guayabal.

El servicio público es de todos | Función Pública

# FORMATO ÚNICO
# HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| MAHECHA | | JESSICA MARCELA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C ◉ C.E ○ PAS ○ No. 1106738909 | F ◉ M ○ | COL. ◉ EXTRANJERO ○ | Colombia |

**LIBRETA MILITAR**

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DÍA 22 | MES 10 | AÑO 1988 | calle 160 #73-32 casa exterior 43 calle 160 #73-32 casa exterior 43 calle 160 #73-32 casa exterior 43 | | | |
| PAÍS | Colombia | | | PAÍS | Colombia | DEPTO | Bogotá D.C |
| DEPTO | Bogotá D.C | | | MUNICIPIO | BOGOTÁ | | |
| MUNICIPIO | BOGOTÁ | | | TELÉFONO | 3204527058 | EMAIL | jmahecha@cancer.gov.co |

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

## 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: BACHILLER COMERCIAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 X — 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 12 | X | | MEDICINA | 12 | 2009 | 732762/2010 |
| ES | 6 | X | | ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION | 03 | 2016 | 1106738909 |

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

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inglés | X | | | | X | | | X | |

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

## 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 | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL SAN CARLOS | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C | BOGOTÁ | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7443333 | DÍA 01 MES 02 AÑO 2016 | DÍA 16 MES 10 AÑO 2016 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MEDICO ANESTESIOLOGO | SALAS DE CIRUGIA | CRA 12D 33 44S |

## 4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ○ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

JESSICA MANCERA S
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

La Fundación Universitaria Juan N. Corpas

# ESCUELA DE MEDICINA

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

*Teniendo en cuenta que:*

## Jessica Marcela Maherha Sánchez

*C.C. 1.015.[illegible].103 de Bogotá D.C.*

*culminó satisfactoriamente los programas y requisitos académicos*
*establecidos por la Fundación y los demás exigidos*
*por la ley, le confiere el título de:*

## *Médico y Cirujano General*

*Código 210146100001100111100*

*y le otorga el presente Diploma que le acredita como tal;*
*refrendándolo con las firmas y sellos respectivos.*

*Bogotá D.C. Diciembre 15 de 2009*

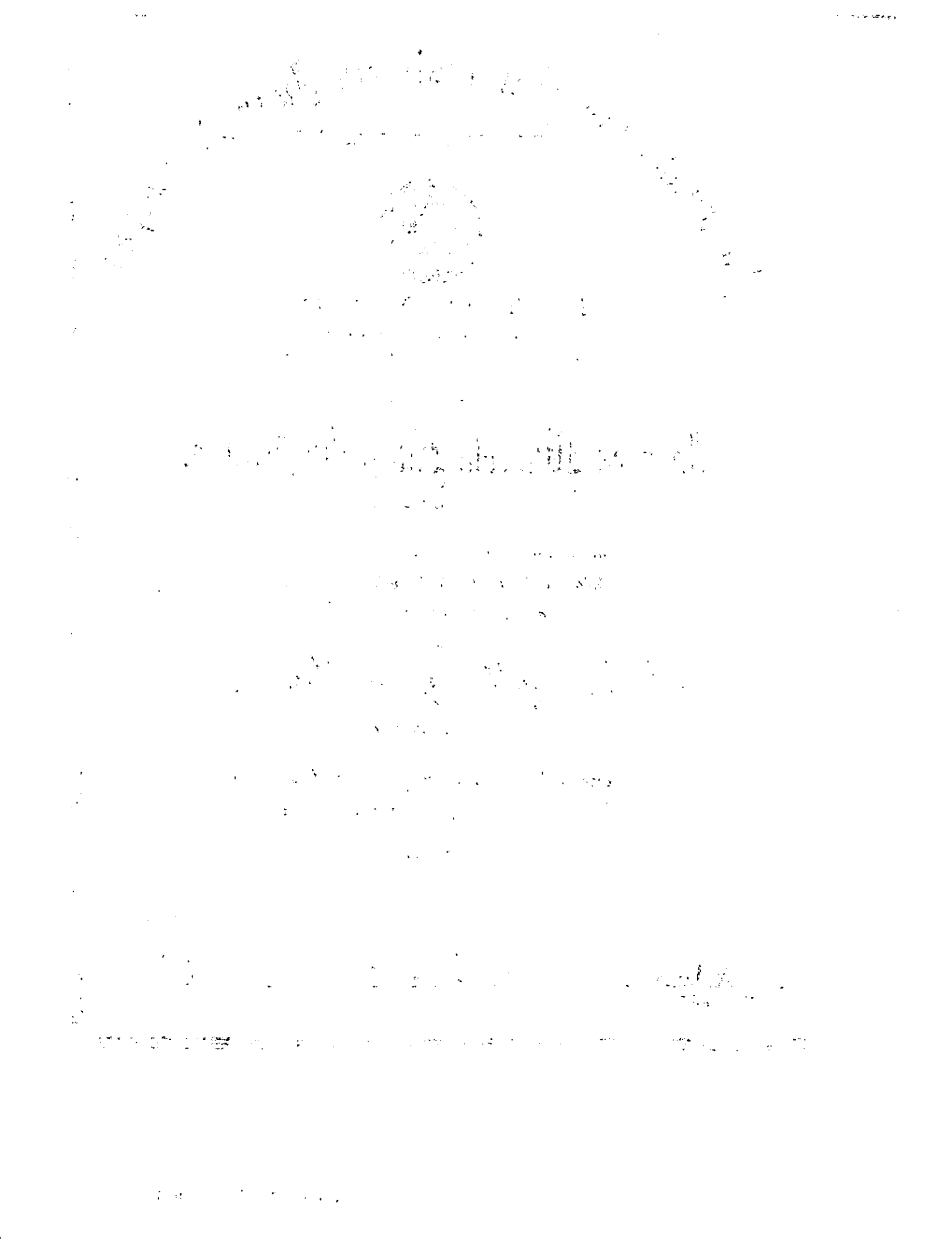
*Acta 3103*

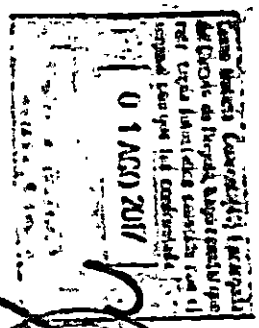
Rector

Decano

Secretario General

Escaneado con CamScanner





*Fundación Universitaria Juan N. Corpas*
*Secretaría General*

## ACTA DE GRADO No. 407

En la Ciudad de Bogotá, D.C., el día 15 del mes de Diciembre de 2009, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores ANA MARIA PIÑEROS RICARDO Rectora, LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO Vicerrector Académico, JUAN DAVID PIÑEROS RICARDO Vicerrector Administrativo, JAIME GARCIA CADENA Decano, CARMEN ALICIA ESPINOSA DE DIAZ Directora del Departamento Jurídico y FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General, con la asistencia de los Doctores MONIQUE MEZIAT RESTREPO Directora de Bienestar Universitario y LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO Secretario General Asociado.

en el cual la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Código del Programa No. 1807, otorgado por el ICFES, Registro Calificado otorgado mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1494 del 26 de Marzo de 2008, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

**MEDICO Y CIRUJANO GENERAL**

a **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ**

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.106.738.909 de Armero (Guayabal)**, quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes; por lo que se le otorgó el Diploma No. **5108** que le acredite como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de Diciembre de 2009.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

**Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA**
**Secretario General**



Escaneado con CamScanner

# LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

Personería Jurídica Resolución 12387 de Agosto 18 de 1981 M.E.N.

TENIENDO EN CUENTA QUE

**Jessica Marcela Rahecha Sánchez**

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C. No. 1106738909

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

**Facultad de Medicina-Postgrados**

LE OTORGA,
EN EL NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL,
EL TITULO DE

**Especialista en Anestesiología y Reanimación**

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFERENCIAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACIÓN
EN BOGOTÁ, D.C., A LOS quince ( 15 ) DÍAS DEL MES DE marzo DE dos mil dieciseis (2016)

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

DIPLOMA 42781

Escaneado con CamScanner

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN**
**FACULTAD DE MEDICINA**
**POSTGRADOS**
Sede Bogotá. D.C.
**ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION**

SNIES 4619

**ACTA DE GRADO N° 2419**

En la ciudad de Bogotá. D.C..el día quince (15) del mes de Marzo del año dos mil dieciséis (2.016). se llevó a cabo el Acto de Graduación de la Facultad de Medicina - Posgrados: en el cual la Fundación Universitaria San Martín, Institución de Educación Superior debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución N° 12387 de 1981. y con la debida autorización del Consejo Académico de la Facultad. según Listado Oficial No. 01 del día 09 de Marzo del año 2.016 y previo el cumplimiento de los requisitos académicos, legales y reglamentarios. le confiere el título de

**ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION**

A:

**Jessica Marcela Mahecha Sánchez**

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía N° 1106738909

En cumplimiento de las normas reglamentarias se autoriza la entrega del Diploma N° 42781 con Número de Registro 35314 anotado al Folio 37 del Libro 9 de fecha quince (15) de Marzo del año dos mil dieciséis (2.016). Información que reposa en la Secretaría General de la Fundación.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la Ciudad de Bogotá. D.C.. a los quince (15) días del mes de Marzo del año dos mil dieciséis (2.016).

**Dra. MAYRA VIERA CANO**
RECTORA

**Dr. JORGE ERNESTO DURÁN PINZÓN**
SECRETARIO GENERAL

Escaneado con CamScanner



Libertad y Orden

# Universidad Militar Nueva Granada

La infrascrita Secretaria General de la Universidad Militar Nueva Granada

hace constar

que: **Jessica Marcela Malecha Sánchez**

C.C. 1.106.738.000 expedida en Acacías

ha cumplido en el

**Instituto Nacional de Cancerología**

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de:

**Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos**

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.,

a los 5 días del mes de Septiembre de 2018.

Rector

Vicerrector Académico

Director

Decano de la Facultad

Secretaria General

Escaneado con CamScanner

0085199

UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

**ACTA DE POSGRADO 1365 UMNG**
**Instituto Nacional de Cancerología E.S.E**

En Bogotá, D.C., a los cinco (5) días del mes de septiembre de 2018, se reunieron en la Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad: Señor Brigadier General HUGO RODRIGUEZ DURAN, Rector, Doctora OLGA LUCIA ILLERA CORREAL, Vicerrectora Académica, Coronel Médico (RA) JORGE ENRIQUE LUQUE SUAREZ, Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Por parte del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E: Doctora CAROLINA WIESNER CEBALLOS, Directora General y la Doctora MAGDA LORENA JIMENEZ CASTAÑO, Coordinadora Grupo Área de Docencia, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) Residente que adelanto sus estudios de Educación Avanzada y otorgar al mismo el título de **ESPECIALISTA**.

**FUNDAMENTOS LEGALES**

Artículos 10, 24, 25 y 28 de la Ley 30 de 1992, artículo 2° y literal g) del artículo 3° del Decreto 2725 de 1980, artículo 2° de la Ley 805 de 2003, Resolución 12975 de 1982 y Decreto 2376 de 2010 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdo 06 de 2012 de la Universidad Militar Nueva Granada.

**OTORGAMIENTO DE TITULOS**

La Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, la División de Admisiones, Registro y Control Académico por intermedio de su Jefe y el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E por intermedio de su Directora General, han informado que el(la) Profesional **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° 1106738909 de ARMERO, ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**, quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro 1365.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7° del Decreto N° 2725 del 10 de octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.

Magda Lorena Jimenez C.
**Doctora MAGDA LORENA JIMENEZ CASTAÑO**
**Coordinadora Grupo Área de Docencia**

Siguen firmas al respaldo

Escaneado con CamScanner

compensar

**CONT.145**

Bogotá, 15 diciembre de 2020

**LA GERENTE DE CONTABILIDAD**

**HACE CONSTAR:**

Que **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ** identificada con la cédula de ciudadanía **No 1.106.738.909** presta sus servicios profesionales a **COMPENSAR** como **MEDICO ALGESIOLOGA INSCRITA,** y recibió por concepto de honorarios entre los meses de junio a septiembre de 2020, un promedio mensual de **$7.634.533 (SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE).**

Se expide en Bogotá con destino a **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ**

Sujeta a verificación al 4280666 ext.13900 opción 1

Drm **ESPERANZA ARIAS RIAÑO**
Contador
TP 114793-T



Avenida 68 No. 49 A - 47
Central Telefónica 3 07 70 01
Bogotá D.C. Colombia
www.compensar.com

La salud es de todos | Minsalud

Diciembre 02 de 2019 Certificado No: 1895

LA SUSCRITA COORDINADORA FUNCIONAL DEL GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO, DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA – EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO y con destino: **QUIEN PUEDA INTERESAR.**

**C E R T I F I C A:**

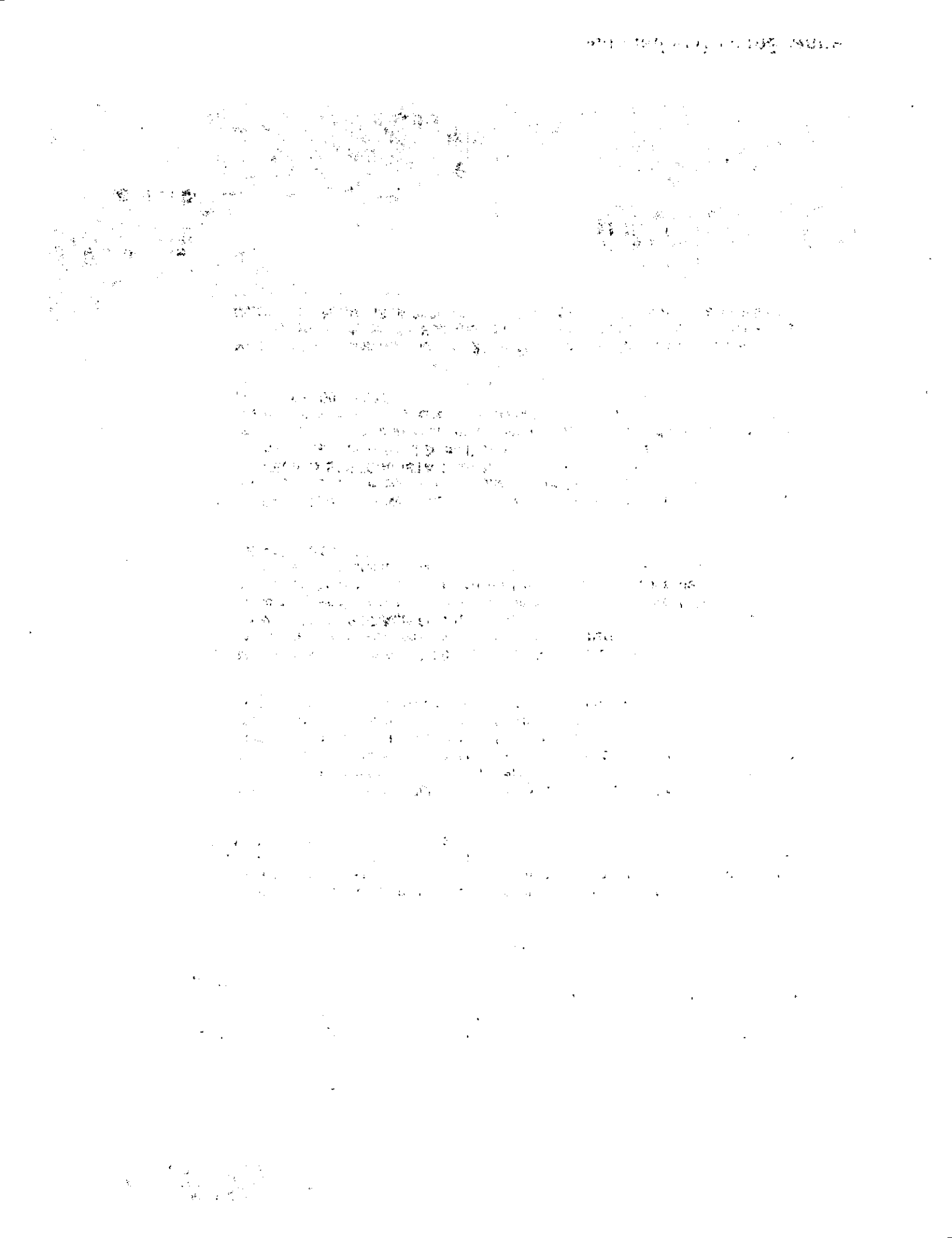
Que revisados los registros y archivos del personal supernumerario de la entidad, que se llevan en esta dependencia, en la hoja de vida de la Doctora **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.106.738.909 de Armero, se encontraron los siguientes datos:

1. Mediante Resolución No. 0651 del 31 de Agosto de 2018, la Dirección del Instituto la nombró en condición de Supernumerario, para desempeñar las funciones de **MEDICO ESPECIALISTA 2120-22**, en el Grupo Cuidado Paliativo, durante el lapso comprendido entre el 10 al 28 de Septiembre de 2018, con una asignación básica mensual proporcional a los días laborados de seis millones cuatrocientos cuarenta y cinco mil ochocientos veintinueve pesos con 00/100 ($6.445.829.00) M/CTE.

2. Mediante Resolución No. 0739 del 13 de Noviembre de 2018, la Dirección del Instituto la nombró en condición de Supernumerario, para desempeñar las funciones de **MEDICO ESPECIALISTA 2120-22**, en el Grupo Cuidado Paliativo, durante el lapso comprendido entre el 27 de Noviembre al 21 de Diciembre de 2019, con una asignación básica mensual proporcional a los días laborados de seis millones cuatrocientos cuarenta y cinco mil ochocientos veintinueve pesos con 00/100 ($6.445.829.00) M/CTE.

3. Mediante Resolución No. 0030 del 27 de Noviembre de 2019, la Dirección del Instituto la nombró en condición de Supernumerario, para desempeñar las funciones de **MEDICO ESPECIALISTA 2120-22**, en el Grupo Cuidado Paliativo, durante el lapso comprendido entre el 27 de Noviembre de 2018 al 17 de Enero de 2019, con una asignación básica mensual proporcional a los días laborados de seis millones cuatrocientos cuarenta y cinco mil ochocientos veintinueve pesos con 00/100 ($6.445.829.00) M/C

Scanned with CamScanner



La salud es de todos | Minsalud

Diciembre 02 de 2019 Certificado No: 1895

Continuación del certificado de la Doctora Jesica Marcela Mahecha Sanchez.

. comprendido entre el 23 de Mayo al 20 de Agosto de 2019, con una asignación básica mensual proporcional a los días laborados de seis millones cuatrocientos cuarenta y cinco mil ochocientos veintinueve pesos con 00/100 ($6.445.829.00) M/CTE.

Dada en Bogotá, a los dos (02) días del mes de Diciembre de 2019.

NOTA: Los certificados que presenten enmendaduras o tachones no tendrán validez alguna.

Cordialmente,

ROSA MARÍA RODRÍGUEZ MOLANO
Coordinadora Grupo Área de Gestión y Desarrollo del Talento Humano

GAGYDTH/RMRM/ETP/Fanny.

Scanned with CamScanner

147

Clínica del Country
Carrera 16 N° 82-57
Conmutador: 530 04 70
Fax Asistencial: 530 13 04
Fax Administrativo: 530 05 12
NIT: 830.005.028-1
www.clinicadelcountry.com

Sva-Country /065

**Administradora Country S.A con Nit 830, 005,028-1**
**Operadora de la unidad de negocio Clínica del Country del Patrimonio Autonomo Nueva Clínica**

**CERTIFICA QUE:**

La Doctora **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ** identificado con la cédula de ciudadanía número 1106738909 presta sus servicios en la Clínica del Country con total autonomía desde el 18 de agosto del 2018 en su calidad de médico adscrito en la especialidad del **DOLOR Y CUIDADO PALEATIVO.**

Se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C., a los veintitres (23) días del mes de mayo del 2019, con destino a **A QUIEN INTERESE.**

Atentamente,

**Sandra Ferro Gutierrez**
**Subgerente de Vinculación asistencial**

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

# SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL



JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ

1106738909

**REGISTRO N°.** 2762 05/10/2010

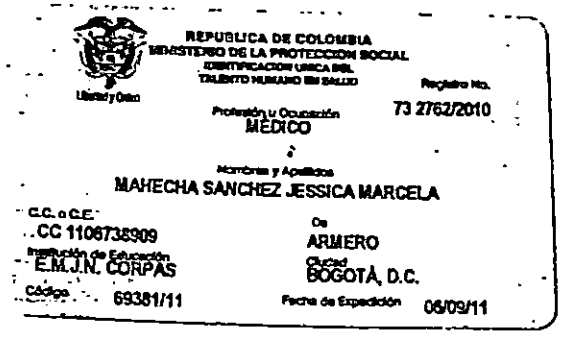
**Inscripción** 4383/2010-73 2762/2010

**MEDICO Y CIRUJANO**

**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.**

Secretario de Salud del Tolima

Este carné es personal e intransferible.
Si es encontrado favor devolverlo a la Secretaría de Salud del Tolima



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.
73 2762/2010

Profesión u Ocupación
MEDICO

Nombres y Apellidos
MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA

C.C. o C.E.
CC 1106738909

De
ARMERO

Institución de Educación
E.M.J.N. CORPAS

Ciudad
BOGOTÁ, D.C.

Código
69381/11

Fecha de Expedición
05/09/11

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA; FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

JESSICA MARCELA
MAHECHA SANCHEZ

C.C. 1106738909

MEDICO(A)

Expedicion 26/07/2011

Dunkin S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.



EDUCHNDO

*LIFE SUPPORT NIT 900832159-7*

**CONSTA QUE:**

# *JESSICA MARCELA MAHECHA SÁNCHEZ*

***C.C. 1106738909***

**ASISTIÓ Y APROBÓ** a satisfacción el curso Teórico Práctico de **SOPORTE VITAL AVANZADO Y BÁSICO.**

Con una intensidad de 48 Horas, conforme a lo estipulado en la Resolución 3100 de 2019, y las Guías **AHA** 2015, 2017, 2018, 2019 y 2020. Para ADVANCE CARDIOLOGY LIFE SUPPORT.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 1075/2015, Min Educación, Resolución 3100/2019, Min. Protección, Esta certificación tiene una validez de 2 Años, a partir de la fecha de expedición, según la ley Colombiana, y se expide en Tunja el 7 de julio/2021

Para verificación gerencia@educandolifesupport.com

JUAN PABLO AVELLA FRENCH
GERENTE EDUCANDO LIFE SUPPORT

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C1106738909000037955

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ETICA MEDICA**

**CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1106738909 y T.P. o R.M. No. 732762/2010 del(a) Ministerio de Salud, 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 quese encuentren vigentes en dicho momento.

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MEDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 23 julio 2021 a solicitud del(a) interesado(a).

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440383-6279975 Bogotá D.C.
E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

| FORMATO DE COMPROMISO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO: GA-FR-047 | Fecha elaboración: 25/01/2016 | Fecha actualización: | Versión:1 | Página 2 de 2 | |

## ACTA DE COMPROMISO

Yo, JESSICA MARCELA MALDECHA SANCHEZ identificada(o) con cédula de ciudadanía n° 1106738909 de ARMERO-GUAYABAL en calidad de contratista del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué - Tolima E.S.E., conocedor de los principios y valores adoptados por la Institución, incluidos en el "DI-MN-001 Código de Ética" y aprobado mediante la Resolución 4354 del 30 de diciembre de 2015, me comprometo a:

| |
|---|
| SEGUIR Y CUMPLIR LOS PRINCIPIOS Y VALORES ADOPTADOS POR LA INSTITUCIÓN. |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Dada a los 05 del mes de AGOSTO del 2021.

Firma: JESSICA MALDECHA S.

Nombre: JESSICA MARCELA MALDECHA S.

Cédula: 1106738909

| FORMATO DE COMPROMISO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO: GA-FR-047 | Fecha elaboración: 25/01/2016 | Fecha actualización: | Versión:1 | Página 1 de 2 | |

## CERTIFICACIÓN:

Yo, JESSICA MARCELA MAHECHA S. identificada(o) con cédula de ciudadanía n° 1106738909 de Ibagué certifico que recibí la socialización del documento "DI-MN-001 Código de Ética" del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué –Tolima E.S.E. aprobado mediante la Resolución 4354 del 30 de diciembre de 2015, que contiene los principios y valores adoptados por la Institución.

Dada a los _____ del mes de _____ del 2021.

Firma: JESSICA MAHECHA S

Nombre: JESSICA MARCELA MAHECHA S.

Cédula: 1106738909

Federico Lleras Acosta

## ACTA DE ACEPTACION DE COMPROMISO, PROTOCOLOS ETICOS Y DECLARACION DE VALORES Y PRINCIPIOS

Yo JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ
Identificada(o) con cedula de ciudadanía No. 1106738909
Expedida en ARMERO-GUAYABAL, acepto y me comprometo a cumplir y respetar en cada una de mis labores, en el cumplimiento de mis funciones para los cuales estoy vinculada con la Institución, la Declaración de Valores y Principios, que orientan el comportamiento ético de la comunidad del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué , empresa social del Estado, aprobado mediante el Acuerdo No.197 del 25 de julio de 2006, Adicionado con el acuerdo No.244 del 02 de junio de 2009, emanados de la Junta Directiva del Hospital, los cuales se encuentran publicados en la intranet.

Firma: JESSICA MAHECHA S.

Fecha: Día 05, Mes 08, Año 2021.

| FORMATO DE COMPROMISO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO: GA-FR-047 | Fecha elaboración: 25/01/2016 | Fecha actualización: | Versión:2 | Página 1 de 2 | |

## CERTIFICACIÓN:

Yo, JESSICA MARCELA MALLECHA SANCHEZ identificada(o) con cédula de ciudadanía n° 1106738909 de ARMERO - GUAYABAL certifico que recibí la socialización del contenido de la Resolución N°2320 del 08 octubre de 2018, "P*or medio del cual se adopta el código de integridad del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima ESE y se deroga el acuerdo 197 del 25 de julio de 2006 y Resolución 1564 del 28 de marzo de 2014 ".*

Dada a los 05 del mes de AGOSTO del 2021

Firma: JESSICA MALLECHA S

Nombre: 1106738909

Cédula: JESSICA MARCELA MALLECHA S.

Ibagué, 05 de AGOSTO de 2021 .

**AUTORIZACIÓN**

Yo, JESSICA MARCELA MAHECHA S. identificada(o) con Cédula de ciudadanía número 1106738909 de IBAGUE - TOLIMA. Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA E.S.E. para que realice la verificación de títulos y demás documentos adjuntos en mi hoja vida.

Cordialmente,

Firma: JESSICA MAHECHA S

Nombre: JESSICA MARCELA MAHECHA S.

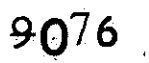
Cédula: 1106738909

ReTHUS

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

| Tipo de Identificación * | Número de Identificación * | Primer Nombre * | Primer Apellido * |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía | 1106738909 | JESSICA | MAHECHA |

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2349

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2021-08-27--12:40:28 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1106738909 | JESSICA | MARCELA | MAHECHA | SANCHEZ | Vigente | Ver |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ identificado(a) con CC 1106738909 registra La siguiente información:**

**2021-08-27--12:40:28 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2010-10-05 | 2762 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| ESP | Local | ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS | 2018-09-05 | 89972 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

**Datos SSO**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|TOLIMA\|ARMERO | 2010-01-08 | 2010-07-07 | 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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

# FUNDACION MARYOS

Certifica que:

## JESSICA MARCELA MAHECHA SÁNCHEZ

Con cc 1.106.738.909

Realizó el:

## CURSO ATENCIÓN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

Con una duración de 40 horas

Se expide en Bogotá D.C. 23 de Julio 2018

En constancia firman:

EDITH MARLEN HUERTAS MARTIN
Medica epidemióloga

OSCAR HERNANDO SUAREZ DELGADILLO
Coordinador del curso

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.106.738.909

MAHECHA SANCHEZ
APELLIDOS

JESSICA MARCELA
NOMBRES



JESSICA MAHECHA S.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1988
ARMERO (GUAYABAL)
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-NOV-2006 ARMERO (GUAYABAL)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2901600-63156271-F-1106738909-20070201 00738 07032N 02 219381853

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto [0][2] Actualización

4. Número de formulario 14779124023

(415)7707212489984(8020) 000001477912402 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 0 6 7 3 8 9 0 9 | 3 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 0 6 7 3 8 9 0 9 | 2 0 0 6 1 1 2 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Armero 0 5 5 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MAHECHA | SANCHEZ | JESSICA | MARCELA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

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

Dirección principal
20 118 84 AP 302

42. Correo electrónico jessimar8822@hotmail.com

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

## 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 | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 1 0 1 2 1 0 | | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 5 | 1 | 6 | 2 | 2 | 4 | 9 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 58. CPC | | | |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 08 - 16 / 12 : 15: 56

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 MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

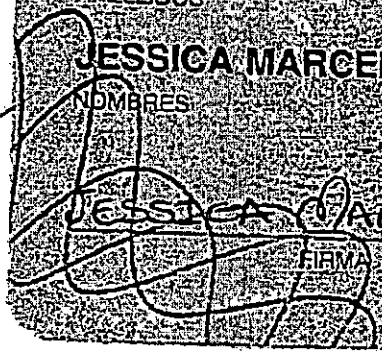
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.106.738.909

MAHECHA SANCHEZ
APELLIDOS

JESSICA MARCELA
NOMBRES





FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1988
ARMERO (GUAYABAL)
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

27-NOV-2006 ARMERO (GUAYABAL)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2901600-53156271-F-1106738909-20070201 0073807032N 02 219381853

Escaneado con CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 27 de julio de 2021, a las 09:19:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1106738909 |
| Código de Verificación | 1106738909210727091957 |

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 172253928

WEB
09:19:18


Bogotá DC, 27 de julio 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) JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1106738909:

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

MANUEL ANTONIO ESPINOSA FIGUEREDO
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP) (E)

**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 09:20:38 AM horas del 27/07/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1106738909**
Apellidos y Nombres: **MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Dirección: Calle 18A # 69F-45
Zona Industrial, barrio
Montevideo, Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a
viernes 7:00 am a 1:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/07/2021 06:41:44 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1106738909** y Nombre: **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **24563838** . 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

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1106738909 | | MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 160 73-32 casa 43 exterior | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4527058 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-07 | 2021-07 | 1083125092 | 9423117761 | I | 2021/08/04 | 2021/08/04 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $1,723,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $917,200 | $0 | $0 | $917,200 |
| SKANDIA | 230901 | 800,253,055 | 2 | 1 | $917,200 | $0 | $0 | $917,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $131,500 | $0 | $0 | $131,500 |
| COLMENA | 14-25 | 800,226,175 | 3 | 1 | $131,500 | $0 | $0 | $131,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $674,300 | $0 | $0 | $674,300 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | $674,300 | $0 | $0 | $674,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $1,723,000 | $0 | $0 | $1,723,000 |

en línea

**Resumen General de Pago**

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1106738909 | | MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 160 73-32 casa 43 exterior | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4527058 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-07 | 2021-07 | 1083125092 | 9423117761 | I | 2021/08/04 | 2021/08/04 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $1,723,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $5,394,400 | $917,200 | | | $5,394,400 | $674,300 | | | $0 | $0 | | | $5,394,400 | $131,500 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | $5,394,400 | $917,200 | | | $5,394,400 | $674,300 | | | $0 | $0 | | | $5,394,400 | $131,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $5,394,400 | $917,200 | | | $5,394,400 | $674,300 | | | $0 | $0 | | | $5,394,400 | $131,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1106738909 | MAHECHA JESSICA | 230901 | 30 | $5,394,400 | $917,200 | EPS001 | 30 | $5,394,400 | $674,300 | | 0 | $0 | $0 | 14-25 | 30 | $5,394,400 | $131,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $5,394,400 | $917,200 | | | $5,394,400 | $674,300 | | | $0 | $0 | | | $5,394,400 | $131,500 | | $0 | $0 |

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1106738909 | | MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 160 73-32 casa 43 exterior | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4527058 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-06 | 2021-06 | 1043284390 | 9421781764 | I | 2021/07/06 | 2021/07/01 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $2,155,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | $6,747,600 | $1,147,300 | | | $6,747,600 | $843,500 | | | $0 | $0 | | | $6,747,600 | $164,400 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | $6,747,600 | $1,147,300 | | | $6,747,600 | $843,500 | | | $0 | $0 | | | $6,747,600 | $164,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $6,747,600 | $1,147,300 | | | $6,747,600 | $843,500 | | | $0 | $0 | | | $6,747,600 | $164,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1106738909 | MAHECHA JESSICA | 230901 | 30 | $6,747,600 | $1,147,300 | EPS001 | 30 | $6,747,600 | $843,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-25 | 30 | $6,747,600 | $164,400 | 0 | $0 | $0 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | $6,747,600 | $1,147,300 | | | $6,747,600 | $843,500 | | | $0 | $0 | | | $6,747,600 | $164,400 | | $0 | $0 |



2021/07/01 08:52 AM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1106736909 | | MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 160 73-32 casa 43 exterior | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4527058 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-06 | 2021-06 | 1043284390 | 9421781764 | I | 2021/07/06 | 2021/07/01 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $2,155,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,147,300 | $0 | $0 | $1,147,300 |
| SKANDIA | 230901 | 800,253,055 | 2 | 1 | $1,147,300 | $0 | $0 | $1,147,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $164,400 | $0 | $0 | $164,400 |
| COLMENA | 14-25 | 800,226,175 | 3 | 1 | $164,400 | $0 | $0 | $164,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $843,500 | $0 | $0 | $843,500 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | $843,500 | $0 | $0 | $843,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $2,155,200 | $0 | $0 | $2,155,200 |

Alianza eps

ALIANSALUD

830.113.831-0

## CERTIFICA

## ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ identificado con CC No. 1106738909 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 1106738909, con vigencia desde 9/1/2015 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

| N.B | IDENTIFICACION | NOMBRES Y APELLIDOS | EDAD | SEMANAS COTIZADAS | FECHA AFILIACION | ESTADO | FECHA VENCIMIENTO | COTIZA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1106738909 | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | 32 | 300 | 01/09/2015 | Vigente | | SI |

Se expide en Bogotá a los 27 días del mes de Julio del 2021

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Allansalud eps

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

## ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ identificado con CC No. 1106738909 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 1106738909, con vigencia desde 9/1/2015 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

| N.B | IDENTIFICACION | NOMBRES Y APELLIDOS | EDAD | SEMANAS COTIZADAS | FECHA AFILIACION | ESTADO | FECHA VENCIMIENTO | COTIZA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1106738909 | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | 32 | 300 | 01/09/2015 | Vigente | | Si |

Se expide en Bogotá a los 27 días del mes de Julio del 2021

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud



skandia

**Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias**

**Certifica**

A quien interese

Que JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ identificada con cédula de ciudadanía número 1106733909 se encuentra afiliado(a) a SKANDIA FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700002220670, vigente desde el 1 de Abril de 2016.

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 23 de Julio de 2021.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

skandia

Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora
Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias

**Certifica**

A quien interese

Que JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ identificado con cedula de ciudadania número 1106738909 se encuentra afiliado(a) a SKANDIA FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliacion numero 7000022264JC, vigente desde el 1 de Abril de 2016.

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 23 de AÑO de [illegible].

Atentamente

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **COMPENSAR**, identificada con **NI** número **860066942**, aportó por el empleado **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ** identificado(a) con **CC** número **1106738909** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2021 de la siguiente forma.

| CÓDIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | ROBUSTA | NOVEDAD | INGRESO | RETIRO | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COTIZACIÓN | HORAS | DÍAS | IBC | TARIFA | COTIZACIÓN APORTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO | EXTEMPORÁNEO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-25 | Riesgos Profesionales Colmena | 5 9 | | | | | | | | | | | 0 | 30 | $6,577,519 | 0.06960 | $457,800 | $0 | $0 | Enero - 2021 | 48424298 | 08/02/2021 | No |

El presente certificado se expide a los 3 días del mes Junio de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **COMPENSAR**, identificada con **NI** número **860066942**, aportó por el empleado **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ** identificado(a) con **CC** número **1106738909** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2021 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | INGRESO | RETIRO | TDA | TDE | TAP | TVP | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-25 | Riesgos Profesionales Colmena | 59 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $8,577,519 | 0.06960 | $457,800 | $0 | $0 | Enero - 2021 | 48424298 | 08/02/2021 | No |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PAGADA

El presente certificado se expide a los 3 días del mes Junio de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DAVIVIENDA

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **07/01/2021**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1106738909**

Posee en el banco Davivienda:

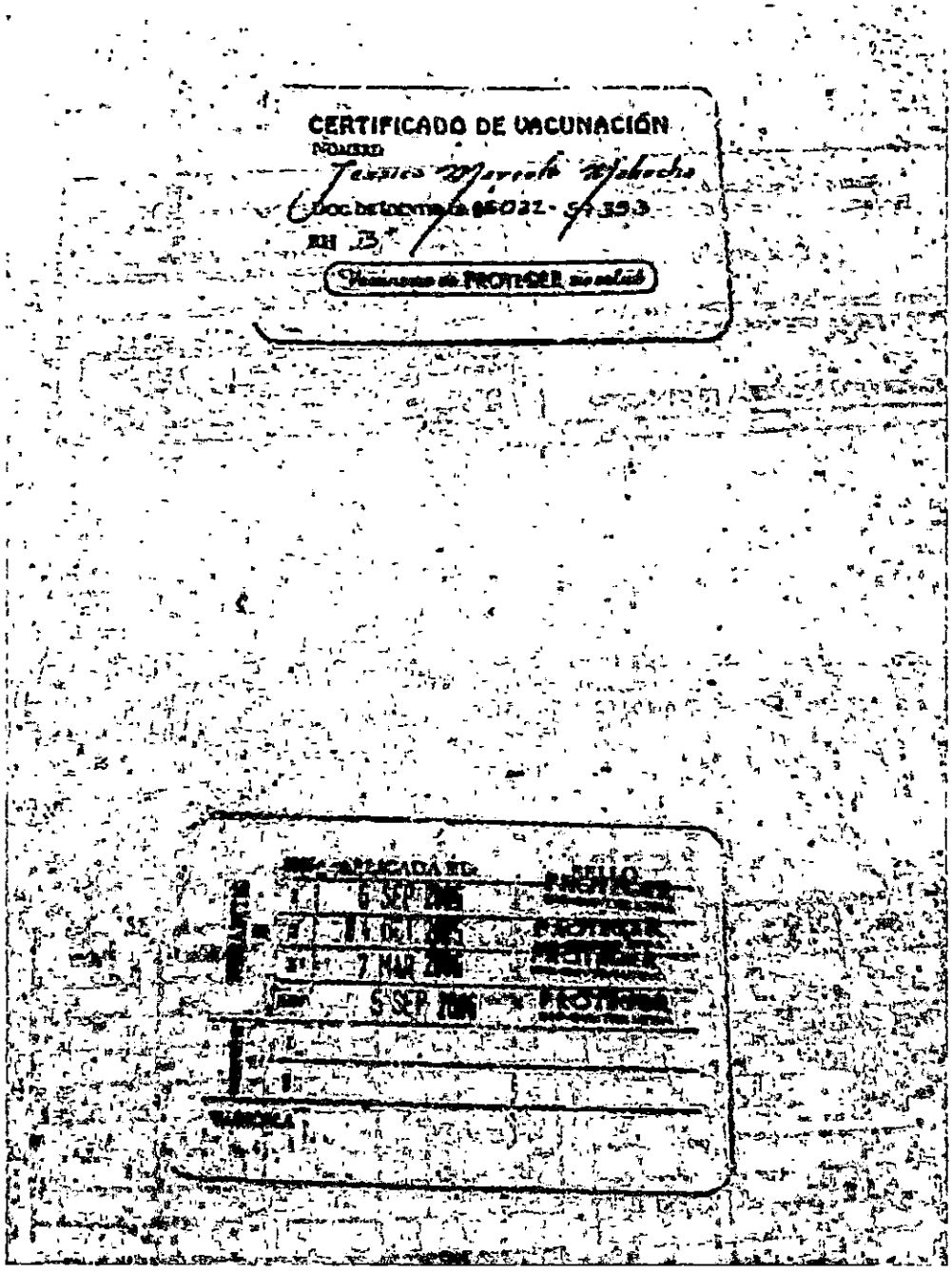
**CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

| | |
|---|---|
| Número | **0570455070040692** |
| Fecha de apertura | **02/02/2016** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Escaneado con CamScanner



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

NOMBRE

Jesús Marcelo Mejuchos

Doc. de identidad 96032 - 54393

RH B+

Vacunado de PROTEGER sanidad

| FECHA APLICADA | SELLO |
| --- | --- |
| 6 SEP 2006 | PROTEGER |
| 7 MAR 2006 | PROTEGER |
| 5 SEP 2006 | PROTEGER |

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.

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: JESSICA

Apellidos: MANCHA SANCHEZ

Documento de Identidad: CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No. 1.106.736.909

Fecha de Nacimiento: Día 22 Mes 10 Año 1990

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | 9-09-10 | 012M9019 | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 9-09-10 | 024LAC060 | |
| | 2 | 10-09-10 | 024LAC06E | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 10-09-10 | 096U1C0212 | 10-10-20 | |
| Contra Influenza Anual | 10-09-10 | 1027CM23 | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

idime

01-E01-3463479

Página N° : 1 of 1
Fecha ingreso : 04/08/2021 12:58:24 PM
Fecha de muestra: 04/08/2021
Fecha impresion : 05/08/2021 07:22:53 AM

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. de Orden: | E01-3463479 | No. Interno | : E01-3463479 |
| Paciente | : MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA | Edad | : 32 a 9 m 12 d |
| Documento Id: | 1106738909 | Fecha Nacimiento: | 22/10/1988 |
| Empresa | : PARTICULAR | Sexo | : FEMENINO |
| Sede | : BOG LAGO | Teléfono | : 3204527058 |
| E-Mail | : jessimar8822@hotmail.com | No. Autoriza | : |

HBSAC** Web

| Examen | Resultado | Unidades | Intervalo Biológico de referencia |
|---|---|---|---|
| | HORMONAS | | |
| **HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS** | | | |
| **HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS** | 200.9 | UI/L | 0 - 0 |

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10 IU/L
Reactivo: Mayor o igual a 10 IU/L

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

**Tecnica: Electroquimioluminiscencia**

Validó: Reg 1022428034 JHON MACIAS ZACIPA 05/08/2021 07:16 AM

FIRMA

**Director Laboratorio** -

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

Engerix B
Vacuna recombinante contra la hepatitis B
Suspensión inyectable
Conservar a 2°C - 8°C
A205FC882A
11-2015
11-2017

...ombia
...s de riesgo.

## *Consérvelo*

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

## Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jessica Moreth

Apellidos: Mahecha Sanchez

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1106738909.

Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 10 Año 1988.

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | 21 OCT 2016 | | |

Aliados
Salud Ocupacional



# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202112240

| | |
|---|---|
| Se certifica que al señor(a): | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ |
| Identificado(a) con documento: | CC 1106738909 |
| Se le practicaron los exámenes: | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL |
| Tipo de exámen: | PREOCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR |
| Empresa: | PARTICULAR |
| Cargo: | ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO |
| Fecha: | 02/08/2021 |

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO SIN RESTRICCIÓN**

Restricciones:

NO

Recomendaciones laborales:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS. HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS.

APTA PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR.

-CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA (RESOLUCIÒN 000666 DEL 24 DE ABRIL DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

Recomendaciones generales:

REALIZAR CONTROL MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ANUAL O, ACORDE AL PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.

•ACTUALMENTE NO PRESENTA NI REFIERE SIGNOS, SÍNTOMAS NI COMORBILIDAD ASOCIADA A COVID-19 DE ACUERDO CON CIRCULAR EXTERNA 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y, LA CIRCULAR CONJUNTA 001 DE 11 DE ABRIL DE 2020 INCISOS 2.22 Y 10.1.5.

-REALIZAR: LAVADO PERMANENTE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN. USO PERMANENTE DE TAPABOCAS. ETIQUETA RESPIRATORIA. DISTANCIAMIENTO SOCIAL. CONTROL DIARIO DE CONDICIÓN DE SALUD, REPORTAR EN FORMA OPORTUNA SINTOMATOLOGIA RELACIONADA CON COVID-19.

Pedro Pablo Pérez T
EDICO UNIVERSIDAD NACIONA
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.

Pedro Pablo Pérez S.
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.

**DR. PEDRO PABLO PEREZ SUAREZ**
**MEDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**
**LICENCIA :3804 DE 2018**

JESSICA MAHECHA S

**JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ**
**CC 1106738909**

Certifico, que los datos aportados por mí en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

Pedro Pablo Pérez S.
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.082968 -

Pedro Pablo Pérez S.
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.082968 - 6

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S
NIT.: 830.082968 -

Pedro Pablo Pérez S.
MEDICO UNIVERSIDAD NACIONAL
Salud Ocupacional U.C.M.C.
RM. 19.237.949 Res.

# LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Certifica que

## *JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ*

I.D. 1106738909

Cursó satisfactoriamente el entrenamiento, las evaluaciones de conocimientos y destrezas en el curso de

## Protección y Seguridad Radiológica

Bajo la Resolución 482 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Celebrado en la ciudad de Bogotá, del 29 de mayo al 30 de junio de 2020
con una intensidad de 30 horas.

**Natalia Restrepo Centeno**
*Decana Facultad de Medicina*

**David Vergara Durán**
*Director Unidad de Vinculación con el Sector Externo*

20BO57FC119162

Escaneado con CamScanner

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

**FORMULARIO UNICO**
**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS**
**Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**
**PERSONA NATURAL**
**(LEY 190 DE 1995)**

| ENTIDAD RECEPTORA |
|---|
| |

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JESSICA MARCELA MALAGON SANCHEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 Nº 1106738909 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA | Departamento TOLIMA | Municipio IBAGUE

Dirección Conjunto Residencial San Telmo Torre 3 apto 204 | Teléfonos 3204527058

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| JUAN MALAGON PERDOMO | 14270013 | PAPÁ |
| SOFIA INES SANCHEZ QUINTANA | 65500308 | MAMÁ |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION [ ] PARA RETIRARME [ ] PARA ACTUALIZACION [X] A MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE [ ] ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $0.00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $0.00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $0.00 - |
| ARRIENDOS | $0.00 - |
| HONORARIOS | $347.000.000 - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0.00 - |
| TOTAL | $ 347.000.000 - |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE CUENTA | CIUDAD | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| Banco Davivienda | Ahorros | 455070040692 | Bogota | 300.000 |
| Banco Bogota | Ahorros | 418059622 | Armero | 40.000.000 |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| APARTAMENTO | Conjunto Residencial San Telmo Torre 3 Apto 204 | 125.000.000 |
| VEHICULO | Camioneta Ford Escape HBM 528 | 53.000.000 |
| FINCA | Finca El Paraiso Vereda El Placer | 143.000.000 |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

## 1.1. DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| FEPASDE | Credito EDUCATIVO | 31.750.000 |
| COLPATRIA | CREDITO DE VIVIENDA | 55.000.000 |
| DAVIVIENDA | CREDITO LIBRE INVERSION | 37.000.000 |
| BANCO DE BOGOTA | CREDITO LIBRE INVERSION | 40.000.000 |
| | | |

## 1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| NOMBRE DE LA CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| Sociedad Colombiana de Anestesiologia | Integrante |
| Asociacion Colombiana de Cuidados Paliativos | Integrante. |
| | |
| | |

c) En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☒ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3. | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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 LA ACTIVIDAD | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

JESSICA MANCERA S.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

IBAGUE, 27-07-2021
CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAP

Oncologia
Jefe Natalia.
Oncologia
OPS

# FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES
## PERSONA NATURAL

| Código: GA-FR-099 | Fecha de elaboración: 16/12/2016 | Fecha de actualización: 05-06-17 | Versión: 2 | Página 1 de 2 |
|---|---|---|---|---|

| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | DIA | MES | AÑO | CIUDAD: |
|---|---|---|---|---|
| | 27 | JULIO | 2021 | IBAGUE |

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**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
|---|---|---|
| MALAGUEÑA | SANCHEZ | JESSICA MARCELA |

TIPO DE IDENTIFICACION (CC: cedula de ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjería, RC: Registro Civil)

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 1106738909

SEXO: F [X] M [ ]

| FECHA DE EXPEDICION | | | LUGAR DE EXPEDICION | FECHA DE NACIMIENTO | | | LUGAR DE NACIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | |
| 27 | 11 | 2006 | ARMERO - GUAYABAL | 22 | 10 | 1988 | ARMERO - GUAYABAL |

| NACIONALIDAD 1 | NACIONALIDAD 2 | OCUPACION / OFICIO | PROFESION |
|---|---|---|---|
| COLOMBIANA | | DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO | MEDICO |

| DIRECCION RESIDENCIA | DEPARTAMENTO | CIUDAD |
|---|---|---|
| CONJUNTO RESIDENCIAL SAN TELMO TORRE 3 APTO 204 | TOLIMA | IBAGUE |

| CORREO ELECTRONICO | TELEFONO FIJO | CELULAR |
|---|---|---|
| JESSIMar8822@hotmail.com | - | 3204527058 |

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

| | | | EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE: |
|---|---|---|---|
| 1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? | SI [ ] | NO [X] | |
| 2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? | SI [ ] | NO [X] | |
| 3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? | SI [ ] | NO [X] | |

EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI [ ] NO [X]

¿Cúal? _____

**2. INFORMACION FINANCIERA**

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI [ ] NO [X]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXPORTACIONES | [ ] | INVERSIONES | [ ] | ENVIO Y/O RECEPCION DE GIROS | [X] | TRANSFERENCIAS | [ ] |
| IMPORTACIONES | [ ] | PRESTAMOS | [ ] | PAGO DE SERVICIOS | [X] | OTRA? | [ ] |

¿Cúal? _____

**3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS**

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN 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 INFORMACIÓN**

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 prestacion del servicio correspondiente asi 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. Asi mismo autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos a los datos biometricos.

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.

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 mehan informado los derechos que se tienen como titular de la información de acuerdo con la Ley y su manual de políticas que se encuentra disponobles en la pagina www.hflleras.gov.co igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

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.

Rio:
23/08/2021.
10:30 am

# FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES
## PERSONA NATURAL

| Código: GA-FR-099 | Fecha de elaboración: 16/12/2016 | Fecha de actualización: 05-06-17 | Versión: 2 | Página 2 de 2 |
|---|---|---|---|---|

**5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

1 Copia de la declaración juramentada de bienes y rentas del último año

**6. FIRMA Y HUELLA**

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



HUELLA

JESSICA MANCHA S.

FIRMA Y CEDULA 1106738909

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

| FECHA | DIA | MES | AÑO | HORA | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 23 | 08 | 2021 | | 10:50 AM. |

**LISTAS CONSULTADAS** — **REPORTA RESTRICCIÓN**

1. OFFICE OF FOREING ASSETS CONTROL (OFAC) — SI [ ] NO [X]
   Oficina de control de activos
2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS — SI [ ] NO [X]
3. LISTA LINEA INTERPOL — SI [ ] NO [X]
4. OTRAS — SI [ ] NO [X]

OBSERVACIÓN: No reporta restricción en las listas consultadas.

| NOMBRE DE QUIEN VERIFICA | FIRMA | CARGO |
|---|---|---|
| Carlos E Hernandez R | | Profesional Universitario |

**LA 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 de la 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 la materia.**

**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- **Médico Especialista en algología** para la atención de pacientes en la consulta externa.

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

Dado en Ibagué, a los veintitrés (23) días del mes de agosto de 2021.

**VICTORIA EUGENIA AVILEZ AROCA**
**Profesional Especializada Gestión de Talento Humano**

| CERTIFICADO DE IDONEIDAD | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código: GJ-FR-005 | Fecha de elaboración: 17-07-2017 | Fecha de actualización: | Versión: 1 | Página 1 de 1 | HOSPITAL Federico Lleras Acosta |

# LA SUSCRITA COORDINADORA DE LA UNIDAD FUNCIONAL SERVICIOS DE AMBULATORIOS Y APOYO A LA ATENCION DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE-TOLIMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

**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 que preste el servicio de **EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** 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 con **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ,** identificado con CC 1106738909

De conformidad con la oferta de servicios, hoja de vida, certificaciones y antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales presentados oportunamente, y como resultado del análisis y valoración que de los mismos se realizó **CARDIOLOGOS ASOCIADOS LTDA,** se encuentra apto para desarrollar la prestación de servicios para el **DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCION EN CARDIOLOGIA PARA HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE – TOLIMA 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:

| 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 | x | |
| Antecedentes disciplinarios | x | |
| Antecedentes penales | x | |
| 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** | | |
| El contratista presentó diplomas y otros documentos que acreditan un perfil profesional acorde con el servicio requerido | x | |
| **EXPERIENCIA** | | |
| El contratista presentó documentos y certificaciones que acreditan la experiencia requerida | x | |

En consecuencia, certifico que el Médico Especialista, **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ,** 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 **DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCION EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS PARA HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE – TOLIMA E.S.E**

Dado en Ibagué el cinco (5) días del mes de Agosto de 2021.

**NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMAN**
Profesional Especializado área de la salud
Coordinador Oncología

EDUCHNDO

*LIFE SUPPORT NIT 900832159-7*

**CONSTA QUE:**

# *JESSICA MARCELA MAHECHA SÁNCHEZ*

***C.C. 1106738909***

**ASISTIÓ Y APROBÓ** a satisfacción el curso teórico práctico de:

## *ATENCIÓN HUMANIZADA EN SALUD*

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 1075/2015, Min Educación, Resolución 3100/2019 Min. Protección Social. Con intensidad de 20 horas El curso está basado en las normas ISQua. Y la Resolución 0238 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social Dado se expide en Tunja 23 de julio/2021.

Para verificación gerencia@educandolifesupport.com

JUAN PABLO AVELLA FRENCH
GERENTE EDUCANDO LIFE SUPPORT

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

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo JESSICA MARCELA MANRIQUE S, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1106738909, 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;

JESSICA MANRIQUE S

## 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 08:45:26 horas del 23/08/2021, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1106738909,**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital Federico Lleras Acosta** , 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2021

Horario: Lun - Jue 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm | Vie 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 4:00 pm
Dirección: Calle 18A # 69F-45 Zona Industrial, barrio Montevideo. Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.oac@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Colombia compra eficiente | GOV.CO

| ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO: GA-FR-138 | Fecha de elaboración: 20-12-2018 | Fecha de actualización: | Versión: 1 | Página 1 de 2 | |

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

**RECEPTOR:**

ROVEEDOR [ ] 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:

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.-

**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: 05-AGOSTO-2021 Ciudad: IBAGUE

**DIVULGANTE**

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

**RECEPTOR**

NOMBRE: JESSICA MARCELA MANECHA SANCHEZ

No. C.C : 1106738909

FIRMA: JESSICA MANECHA S.

| AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO: GA-FR-136 | Fecha de elaboración: 20/12/2018 | Fecha de actualización: | Versión: 1 | Pagina 1 de 2 | Federico Lleras Acosta |

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
- [x] Proveedores y Contratistas
- [ ] Veedor
- [ ] Empleado o Ex empleado
- [ ] Otro Cual? _____

| | |
|---|---|
| GENERALES | La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL.<br>Pago de obligaciones contractuales.<br>Envio de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma.<br>Soporte en procesos de auditoria externa/interna.<br>Envio/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente.<br>Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL.<br>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.<br>Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL.<br>Con propósitos de seguridad o prevención de fraude.<br>Actualización de datos entregados por el Titular.<br>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.<br>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.<br>Realización de procesos de elección y promoción interna. |
| ESTUDIANTES | Para fines investigativos, cientificos, formativos y educativos.<br>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio.<br>Realización de publicaciones internas y externas.<br>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna. |
| PACIENTES Y ACOMPAÑANTES | Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales<br>Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico<br>Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono).<br>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.<br>Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente.<br>Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios.<br>Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos.<br>Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud.<br>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital<br>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 auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad.<br>Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica.<br>Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios.<br>Ofrecer información sobre campañas, programas especiales.<br>Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario.<br>Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas.<br>Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problematicas sociales identificcadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar , Abandono Social y maltrato infantil.<br>Diligenciamiento de estudio socioeconomicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas<br>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.<br>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por la institución. |
| 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.<br>Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas.<br>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.<br>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 auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad.<br>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL<br>Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos.<br>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil.<br>Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones. |

| AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATRAMIENTO DE DATOS PERSONALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO: GA-FR-136 | Fecha de elaboración: 20/12/2018 | Fecha de actualización: | Versión: 1 | Pagina 2 de 2 | Federico Lleras Acosta |

| | |
|---|---|
| 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.<br>Almacenar la información concemiente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados.<br>Realización de publicaciones internas y externas.<br>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.<br>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 centrar en la verificación más no en el suministro de la información).<br>Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones.<br>Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital .<br>Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros.<br>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.<br>Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales.<br>Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial.<br>Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comites de Etica Hospitalaria y Alianza de usuarios<br>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos. |

**DECLARACIÓN:**

Yo: JESSICA MARCELA MAHECHA S. 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.

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.

Las Políticas de Tratamiento de Datos Personales, se encuentran disponibles 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) _____ días del mes de AGOSTO del Año 2021.

Firma: JESSICA MAHECHA S.

Nombre: JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ

C.C No: 1106738909 de: ARMERO GUAYABAL

**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_____

Direccion de Correspondencia:_____

Ciudad:_____Telefonos Fijos:_____

Celular:_____E-mail:_____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor :_____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor :_____Parentesco_____

HOSPITAL
Federico Lleras Acosta

Ibagué, 09 de AGOSTO 2021

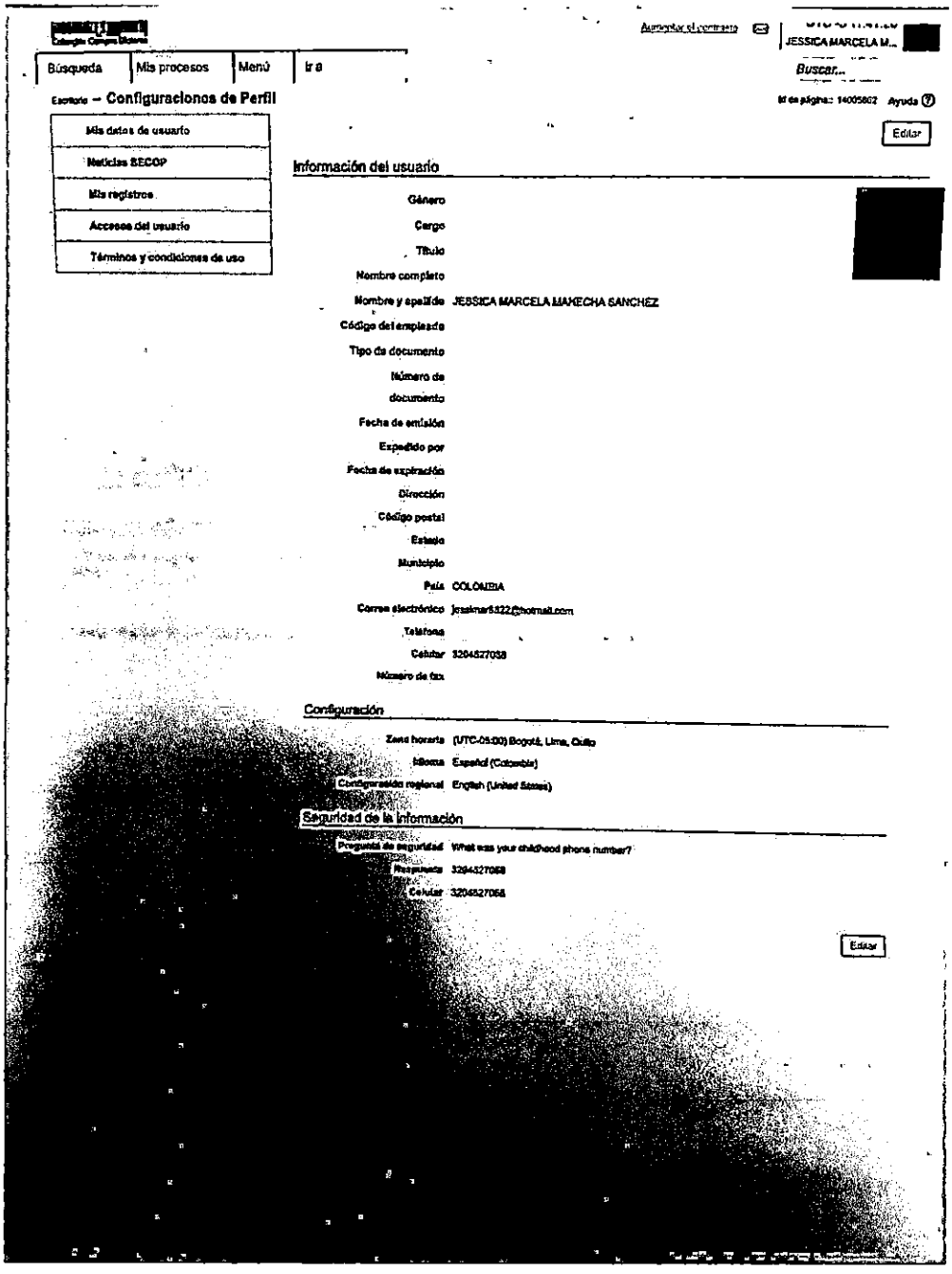
Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ
Calle 33 No. 4ª -50
Ciudad

ASUNTO: Aceptación de notificación por medios electrónicos.

Yo, JESSICA MARCELA MANCHA SANCHEZ, Identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1106738909 de ARMERO GUAYABAL Considerando el Articulo 53 del código de procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Ley 1437 de 2011, donde se establece que los procedimientos y trámites administrativos podrán realizarse a través de medios electrónicos, de manera atenta que las notificaciones que el Hospital deba hacerme, se realicen a través del siguiente correo electrónico Jessimar8822@hotmail.com Adjuntando el documento respectivo.

Atentamente,

JESSICA MANCHA S
C.C. 1106738909



Autogestar el contrato

JESSICA MARCELA M...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio – **Configuraciones de Perfil**

Id de página: 14005802 Ayuda

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

## Información del usuario

| | |
|---|---|
| Género | |
| Cargo | |
| Título | |
| Nombre completo | |
| Nombre y apellido | JESSICA MARCELA MAKECHA SANCHEZ |
| Código del empleado | |
| Tipo de documento | |
| Número de documento | |
| Fecha de emisión | |
| Expedido por | |
| Fecha de expiración | |
| Dirección | |
| Código postal | |
| Estado | |
| Municipio | |
| País | COLOMBIA |
| Correo electrónico | jessikma5322@hotmail.com |
| Teléfono | |
| Celular | 3204527058 |
| Número de fax | |

## Configuración

| | |
|---|---|
| Zona horaria | (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| Idioma | Español (Colombia) |
| Configuración regional | English (United States) |

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| Pregunta de seguridad | What was your childhood phone number? |
| Respuesta | 3204527058 |
| Celular | 3204527058 |

Editar

Hospital Federico Lleras Acosta
Nit. 890.706.833-9

Ibagué, de 2021

Señor (a)
**JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ**

E. S. M.

Respetada doctora **MAHECHA**

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: **PRESTAR LOS SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCION COMO SUBESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS PARA EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE 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 análisis de conveniencia, 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,

**LUIS EDUARDO GONZALEZ**
**Gerente**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101014775 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 3204527058 |
| ASEGURADO | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 3204527058 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO | | VIGENCIA ANEXO | |
|---|---|---|---|---|
| | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) |
| 16 / 02 / 2021 | 12 / 02 / 2021 | 12 / 02 / 2022 | 12 / 02 / 2021 | 12 / 02 / 2022 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| CONSULTORES DE SEGUROS ALL SERVICE | 977047 | 100.00 |

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

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ANESTESIOLOGIA

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|---|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | | $ 300,000,000.00 | | |
| | ERRORES U OMISIONES | $ 300,000,000.00 | | |

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | $ *******300,000,000.00 | PRIMA: | $ **********270,000.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | $ **********51,300.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ **********321,300.00 |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-017963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2018.1329.P.08.0000000E.RC.001A.DOOL ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005126312593(3900)000000321300(96)20210329

REFERENCIA PAGO: 1100512631259-3

...A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
...A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
...A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO
21-03-101014775

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

ANAMEZA

Oficina Principal: Cra. 11 No. 93 - 23 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101014775 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 3204527058 |
| ASEGURADO | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 3204527058 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) |
|---|---|---|---|---|
| 16 / 02 / 2021 | 12 / 02 / 2021 | 12 / 02 / 2022 | 12 / 02 / 2021 | 12 / 02 / 2022 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| CONSULTORES DE SEGUROS ALL SERVICE CLIENTE | 977047 | 100.00 |

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

INFORMACION DEL RIESGO




PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencia

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | $ *******300,000,000.00 | PRIMA: | $ **********270,000.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | $ **********51,300.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ **********321,300.00 |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.09.2019.1329.P.08.0000000E.RC.001A.DOOL ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

| FORMA DE PAGO | | |
|---|---|---|
| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
| | | |

| | |
|---|---|
| EFECTIVO | |
| CHEQUE | |
| TOTAL $ | |

(415) 7709998021167 (8020) 11005126312593 (3900) 000000321300 (96) 20210329

REFERENCIA PAGO: 1100512631259-3

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101014775 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 3204527058 |
| ASEGURADO | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 3204527058 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

RENOVACION DE LA POLIZA

VIGENCIA 2021/2022

TOMADOR: JESICA MAECHA C.C No. 1106738909

ASEGURADO : JESICA MAECHA C.C No 1106738909

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

PROFESION : ANESTESIOLOGA

UBICACION CONSULTORIO NO POSEE CONSULTORIO SEGUN LO INFORMADO

SINIESTRALIDAD: NO HA PRESENTADO SINIESTROS SEGN LO INFORMADO

BASE DE LA COBERTURA: OCURRENCIA - SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

CONDICIONADO GENERAL: : FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-001A-DOOI
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

LIMITE ASEGURADO: $ 3
00.000.000
LA SUMA ASEGURADA ES UN LMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA PLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCIN AL PAGO DE INDEMNIZACION.

AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA O IMPERICIA, ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURRSTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA

PARAGAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

2 EXTENSIONES DE COBERTURA: SI ESTE PRODUCTO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR:

2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATRRIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.
NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO DE EXCLUSIONES DE ESTA POLIZA

2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101014775 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 3204527058 |
| ASEGURADO | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 3204527058 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2.3 GASTOS DE DEFENSA
SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO

LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGUROS.

SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA.

EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

COBERTURA SUBLIMITE  LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTO DE SALUD: 10% POR EVENTO Y / 20% POR VIGENCIA LIMITE ASEGURADO
GASTOS DE DEFENSA : 10% POR EVENTO Y / 20% POR VIGENCIA LIMITE ASEGURADO

DEDUCIBLES EXCLUSIONES
GASTOS DE DEFENSA : 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
DEMS AMPAROS : 10% DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV

EXCLUSIONES
BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1.RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
2.DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
3.RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES O NARCOTICAS.
6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
8.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.
9.. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.
10.RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO. PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I- CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II- CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III- CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
11.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE
12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.
13.SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101014775 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 3204527058 |
| ASEGURADO | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 3204527058 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

14.PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA
16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.
17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE. SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LO MODIFIQUEN, QUE DICE: CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MEDICO PODRA EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O INTERRUMPIR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, EN RAZON DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:
A. QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD?
B. QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCION DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA?
C. QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS, CASO EN EL CUAL SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE
20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA
24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, ETC
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS
29.ORGANISMOS PATOGENOS
30.. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.
31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION/ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC.
32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER OTRA ENTIDAD
36.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
I- GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
II- CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.
37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE
I- LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA.

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101014775 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 3204527058 |
| ASEGURADO | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 3204527058 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

II- RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.

III- LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY CORRESPONDIENTE. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL AREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS

41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO

42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA

43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO

46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA

47.OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL). ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO

49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO

50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

51.SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.

52.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SER RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

53. CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.

55. EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLNICA DEL PACIENTE AL DA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

56.SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONE SRELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO.2654DE2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN

57. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

58.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SALUD EN LA MODALIDAD DE TELE MEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

59.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO ATRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

60.NO TIENEN COBERTURA BAJOS LA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA ASEGURADA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

61. EXCLUSION DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: LMA5394 -96

1.ESTE CONTRATO EXCLUYE CUALQUIER PERDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, CONTRIBUIDO A, COMO RESULTADO DE,DERIVADO DE O EN CONEXION CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL MIEDO,O LA AMENAZA(YA SEA EST AREAL O PERCIBIDA);DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTNEAMENTE O EN CUALQUIER SECUENCIA CON DICHA ENFERME

2. COMO SE USA EN ESTE DOCUMENTO:A)ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA CUALQUIER ENFERMEDAD INFECCIOSA,TRANSMISIBLE O CONTAGIOSA,OCUALQUIER MUTACION O VARIACION DE ES TA,QUE PUEDE TRANSMITIRSE PORMEDI ODE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DE CUALQUIER ORGANISMO A OTRO ORGANISMO, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES:I. LA SUSTANCIA O AGENTE INCLUYE, PERO NO SE LIMITA A, UN VIRUS, BACTERIA, PARSITO, U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIN DE ESTE, YA SEA QUE SE CONSIDERE VIVO O NO, YII.EL METODO DE TRANSMISION YA SEA DIRECTO O INDIRECTO,INCLUYE,ENTRE OTROS,TRANSMISION POR EL AIRE,TRANSMISION DE FLUIDOS CORPORALES,TRANSMISION DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE, U OBJETO; SOLIDO, LIQUIDO O GASEOSO; O ENTRE ORGANISMOS

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIANA

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| ANTIGUO COUNTRY | EMISION ORIGINAL | 21-03-101014775 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 3204527058 |
| ASEGURADO | JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ | | | CC | 1.106.738.909 |
| DIRECCION | CR 14 NRO. 149 - 80 | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 3204527058 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CONDICIONES ADICIONALES FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:- CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE.

GARANTIAS:
1. MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
2. EJERCER UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
3. TODO Y CADA PROCEDIMIENTO DEBERA CONTAR CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR: A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES. B) EL MEDICO TRATANTE Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
4. EL ASEGURADO GARANTIZA MANTENER LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

# DOCUMENTOS ENTREGADOS A LA OFICINA DE TALENTO HUMANO PARA AFILIACION A LA ARL CONTRATISTA – PERSONAS NATURALES

Hospital Federico Lleras Acosta
Nit. 890.706.833-9

CONTRATO NUMERO _____ DEL _____

NOMBRE DEL CONTRATISTA Jessica Marcela Mahecha Sanchez

FECHA DE INICIO _____ FECHA DE TERMINACION _____

VALOR _____

FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1106738909

PROFESION Y/O ACTIVIDAD
Dolor y Cuidado Paliativo

PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE : Junio- 9421781764

| EPS | ARL | AFP |
|---|---|---|
| ALIANSALUD | Colmena | SKANDIA |

CORREO ELECTRONICO
Jessimar8822@hotmail.com

| FECHA DE ENTREGA 09-08-2021 | FECHA DE RECIBO _____ |
|---|---|

| NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA | NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE |
|---|---|
| Jessica Mahecha S. | |
| CARGO: Dolor y Cuidado Paliativo | CARGO: _____ |