

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

HOSPITAL CENTRAL – DEPARTAMENTO DE URGENCIAS

FECHA:			
Lugar: Bogotá, Dirección de Sanidad – HOSPITAL CENTRAL.			
No. Consecutiva revisión: _____ No. SISCO: _____			
OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO ALA GESTION COMO MEDICO GENERAL			VALOR: \$ 22.185.080.00
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: CONTRATACION DIRECTA			
FUNCIONARIO - UNIDAD QUE PRESENTA EL ESTUDIO PREVIO: CAPITAN LINA PAULA CAICEDO GONZALEZ JEFE DEPARTAMENTO DE URGENCIAS			
OBSERVACIONES DEL ESTUDIO PREVIO:			
FUNCIONARIO QUE PARTICIPA EN LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO			
CARGO	GRADO	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
RESPONSABLE PROCESO (UNIDAD DUEÑA NECESIDAD)	CAPITAN	LINA PAULA CAICEDO GONZALEZ	<i>Lina Paula Caicedo</i>
ANALISTA DE CONTRATOS (QUIEN REvisa)			
JEFE ÁREA O GRUPO CONTRATACIÓN			
JEFE GRUPO PRECONTRACTUAL (UNIDAD)			

PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO			
FECHA:		VALOR:	\$ 22.185.080.00
GR.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
CAPITAN	LINA PAULA CAICEDO GONZALEZ	JEFE DEPARTAMENTO DE URGENCIAS	<i>Lina Paula Caicedo</i>

Página 2 de 17	PROCEDIMIENTO ELABORACION ESTUDIOS PREVIOS DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 01/03/2022	ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
VERSIÓN: 9		

De esta manera se lograría garantizar que el actuar médico se desarrolle con pertinencia y calidad, mediante el cumplimiento de los tiempos establecidos para atención de pacientes clasificados en triage 1, 2 y 3, la asignación de médico general para controles las 24 horas del día, impacta en la descongestión de salas de espera de urgencias y la

implementación del nuevo protocolo de hospitalización e interconsultas igualmente ha permitido dar celeridad al cumplimiento del traslado de pacientes a piso, impactando el indicador de giro cama, brindando atención integral a nuestros usuarios en el menor tiempo posible.

Igualmente, el personal profesional se compromete a desarrollar en el área de hospitalización urgencias las siguientes actividades: Evolución diaria de pacientes, formulación de medicamentos de acuerdo al vademécum institucional, ordenar para clínicos de acuerdo a los protocolos de manejo institucional, Informara y coordinara con la enfermera Jefe del servicio todos los procedimientos y manejos

complementarios para el paciente, Apoyara otras áreas según la necesidad y prioridad del servicio, Estará disponible para la revistas científicas y administrativas que la Institución desarrolle, Conocerá completamente la patología y manejo del paciente, apoyara en actividades administrativas como la epicrisis a los diferentes especialistas o servicios tratantes, Realizara entrega personal al médico de la Unidad de Cuidado Intensivo los pacientes que por su patología lo requieran, al igual que a Salas de Cirugía en los casos que así lo amerite el estado del paciente, informara a la subdirección científica de la Institución y al coordinador médico de los problemas científico administrativos que se presenten en el desarrollo de sus funciones, realizara entrega de turno de acuerdo a los procedimientos definidos por la institución y en ningún momento quedara descubierto de medico el servicio, lo que significa que el médico que entrega el turno no podrá abandonar el servicio hasta no haya entregado al médico que recibe el turno.

En el área de Consulta Urgencias: Atención de la consulta de urgencias según la prioridad asignada por el Triage o las necesidades del Servicio, formulación de medicamentos de acuerdo al vademécum institucional, ordenar para clínicos de acuerdo a los protocolos de manejo institucional, Realizara el control de los pacientes de manera oportuna, realizara la entrega personal del paciente al Médico y Jefe de Enfermería del área de Observación, Reanimación o cuidado critico de Urgencias, informara a la subdirección científica de

la Institución y al coordinador médico de los problemas científico administrativos que se presenten en el desarrollo de sus funciones, realizara entrega de turno de acuerdo a los procedimientos definidos por la institución y en ningún momento quedara descubierto de medico el servicio, lo que significa que el médico que entrega el turno no podrá abandonar el servicio hasta no haya entregado al médico que recibe el turno.

En el área de Observación y Reanimación: Evolución cada 6 horas de los pacientes que se encuentren en el área asignada según la prioridad del cuadro clínico del paciente, formulación de medicamentos de acuerdo al vademécum institucional, ordenar paraclínicos de acuerdo a los protocolos de manejo institucional, realizara la entrega personal de pacientes al médico de hospitalización, Salas de Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos; cuando el paciente se encuentre en un estado clínico que lo amerite, acompañara al paciente en su desplazamiento por los diferentes servicios del hospital que el paciente requiera para su diagnóstico y manejo, Informara y coordinara con la enfermera jefe del área todos los procedimientos y manejos complementarios para el paciente, apoyara otras áreas según la necesidad y prioridad del servicio, estará disponible para la revistas científicas y administrativas que la Institución desarrolle, Conocerá completamente la patología y manejo del paciente, coordinara con los especialistas el manejo integral del paciente, informara a la subdirección científica de la Institución y al coordinador médico de los problemas científico administrativos que se presenten en el desarrollo de sus funciones, realizara entrega de turno de acuerdo a los procedimientos definidos por la institución y en ningún momento quedara descubierto de medico el servicio, lo que significa que el médico que entrega el turno no podrá abandonar el servicio hasta no haya entregado al médico que recibe el turno.

Página 1 de 17	PROCEDIMIENTO ELABORACION ESTUDIOS PREVIOS DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 01/03/2022	ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
VERSIÓN: 9		

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

Logotipo 21 de Marzo de 2022

1.

ASPECTOS GENERALES DEL ESTUDIO PREVIO.

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

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO GENERAL.							
1.2 VALOR ESTIMADO	El total del contrato es de VEINTI DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL OCHENTA PESOS pesos, moneda corriente (\$22.185.080.00)							
1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y/O INVERSIÓN Y/O VIGENCIAS FUTURAS.	No.	Fecha	No. Plan de compras	Unidad	Recurso	Descripción	Cantidad	Valor unitario
	1	8/4/2022	673	hocen	16	Medico general asistencial 8 horas	150	22.185.080.00
	Total						150	22.185.080.00
1.4 CLASE DE CONTRATO	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión o para la ejecución de trabajos artísticos, que solo puedan encomendarse a determinadas personas naturales.							
1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES	Título: MEDICO GENERAL Experiencia Laboral Cero (0): Según la Resolución 125 de 08 de Abril de 2020							

1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN

El Hospital Central de la Policía Nacional, requiere contratar la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL**, con destino a cubrir las necesidades de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

El Decreto 1795 de 2000 establece que el objeto del SSMP es prestar el servicio integral de salud en las áreas de promoción prevención, protección recuperación y rehabilitación del personal afiliado y beneficiarios del SSPN. El servicio de salud es un servicio público esencial, que hace parte de la misión del Sistema de Salud de la Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, por lo cual el Hospital Central de la Policía Nacional debe garantizar su prestación de manera continua y eficiente a todos los usuarios. Es preciso anotar que la prestación del servicio de salud a los usuarios y a beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, debe prestarse bajo los principios de continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad.

Es así como, el Hospital Central debe mantener sus servicios asistenciales y garantizar la oportuna, eficiente y eficaz prestación de los servicios a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía que lo requieran, dado su carácter de centro de referencia para la atención del nivel III y IV de complejidad. el Hospital Central no cuenta con el personal profesional en medicina general de planta suficiente para satisfacer el servicio de medicina general en Urgencias, por lo tal razón, se requiere contratar el personal faltante por la modalidad de prestación de servicios a través de la Resolución 125 del 08 de abril de 2020 "Por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratos de prestación de servicios"

La prestación de Servicios de Salud en el Hospital Central es de manera continua las 24 horas del día, los siete días a la semana, los 365 días del año, motivo por el cual se requiere la presente contratación para garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios del Subsistema de Salud de la policía Nacional.

El Hospital Central de la Policía Nacional recibió por parte del grupo de urgencias para el año 2020 y 2021, un promedio de 6.200 usuarios mensuales, con el fin de atender esta necesidad se requiere la prestación de servicios profesionales como MÉDICO GENERAL de 60 profesionales de 8 y 6 horas.

2BS-FR-0004

Versión:9

aprobación: 01/03/2022

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL



DIRECCION DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
CERTIFICACION DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

El responsable de Talento Humano del Hospital Central Policía Nacional hace constar que, una vez surtido el proceso de selección, el presente profesional de la salud, cumple con los requisitos determinados por la resolución 125 del 08/04/2020, así mismo se determinó lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

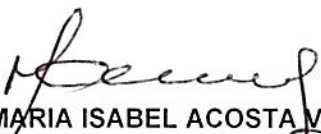
13. Se verifico y se anexa copia del carnet de vacunas. (Solo para personal asistencial)

14. Se verifico que el profesional KAREN YULIETH DIAZ ALFONSO identificado (a) con cedula de ciudadanía No 1.233.898.453 por parte de esta dependencia se certifica que cumple con la idoneidad y la experiencia necesarias para cumplir con las diferentes actividades como MEDICO GENERAL.

15. se verifico y se anexa copia de la "consulta en línea de inhabilidades de quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años"

16. se verifico que se encuentra vigente y anexa copia CERTIFICACION DE CURSO EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS (personal asistencial de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización).

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


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


Patrullero **SONIA MARCELA MONTAÑEZ ROMERO**
Responsable Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo HOCEN


Teniente **CINDY LORENA MARTINEZ QUINTERO**
Responsable Talento Humano HOCEN (C)

Página 3 de 17	PROCEDIMIENTO ELABORACION ESTUDIOS PREVIOS DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 01/03/2022	ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
VERSIÓN: 9		

ESTADISTICAS DE CONSUMO PROMEDIO MES

ANO	2018		2019		2020	
MES	HORA	VALOR	HORA	VALOR	HORA	VALOR
ENERO	4,724.50	160,330,632.00	5,703.00	203,169,375.00	3,167.00	116,412,586.00
FEBRERO	4,112.00	139,544,832.00	5,396.00	192,232,500.00	2,901.00	106,653,337.00
MARZO	4,885.50	165,794,328.00	6,118.00	217,953,750.00	4,161.50	152,968,417.00
ABRIL	4,860.50	164,945,928.00	6,005.00	213,928,125.00	5,369.00	197,353,702.00
MAYO	5,573.30	189,135,508.00	6,165.00	219,628,125.00	6,964.50	256,001,091.00
JUNIO	6,677.00	226,590,672.00	5,974.50	212,841,562.50	6,722.50	247,105,655.00
JULIO	5,744.50	194,945,352.00	5,835.00	207,871,875.00	7,668.50	281,878,723.00
AGOSTO	5,537.00	187,903,632.00	5,662.00	201,708,750.00	9,192.50	337,897,915.00
SEPTIEMBRE	4,563.00	154,849,968.00	5,649.00	201,245,625.00	9,665.00	355,266,070.00
OCTUBRE	6,287.00	213,355,632.00	6,148.00	219,022,500.00	9,391.50	345,212,757.00
NOVIEMBRE	6,316.00	225,007,500.00	5,905.00	210,365,625.00	7,974.50	293,126,671.00
DICIEMBRE	6,596.00	234,982,500.00	1,326.00	48,741,108.00	6,903.21	253,748,193.18
TOTAL	65,876.30	2,257,386,484.00	65,886.50	2,348,708,920.50	80,080.71	2,943,625,117.18
CONSUMO PROMEDIO MES	5,489.69	188,115,540.33	5,490.54	213,518,992.77	6,673.39	245,302,093.10

El consumo promedio mensual presentado durante las tres últimas vigencias, nos determina que el servicio requerido en el presente proceso es necesario de manera permanente, para garantizar la continua prestación del servicio de salud en el servicio de urgencias del Hospital Central.

2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta la naturaleza jurídica del contrato a realizar, se adelanta el proceso de contratación directa Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO GENERAL.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL

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

CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

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

2.2. Experiencia

Título: MEDICO GENERAL

Experiencia Laboral: CERO (0) SEGÚN Resolución No. 125 del 08 de abril de 2020

Página 4 de 17	PROCEDIMIENTO ELABORACION ESTUDIOS PREVIOS DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 01/03/2022	ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
VERSIÓN: 9		

2.3. COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

Título: MEDICO GENERAL

Experiencia Laboral: CERO (0) SEGÚN Resolución No. 125 del 08 de abril de 2020

NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

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

HABILIDADES

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

3. CONDICIONES DEL CONTRATO

3.1. LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La prestación del servicio como MEDICO GENERAL. Se realizará en el Hospital Central de la Policía Nacional, en la carrera 59 No. 26-21 CAN, en las Instalaciones de la Dirección de Sanidad, calle 44 # 50-51 y/o Unidad Médica Brigadier Eduardo Yesid Duarte Valero, carrera 68b bis # 26-58.

3.2. FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

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

3.3. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El contratista debe cumplir con la Prestación del Servicio, el cual iniciará a partir de la aprobación de la garantía única, suscripción de la carta de inicio y por un total de CIENTO CINCUENTA (150) días.

VIGENCIA	DIAS	VALOR POR MES	VALOR TOTAL
2022	150 DIAS	\$4.437.016	\$22.185.080.00
TOTAL			\$22.185.080.00

3.4. FORMA DE PAGO

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

- Constancia recibo a satisfacción (2BS-FR-0045 versión 3) se deben incluir las actividades desarrolladas del mes a cobrar
- Cuenta de cobro
- Certificación de Declarante o no del Impuesto sobre la Renta.

2BS-FR-0004

Versión:9

aprobación: 01/03/2022



- usuario de SECOP II (deben estar aprobados y en ejecución todos los contratos celebrados con el hospital central).
- carta de ofrecimiento de servicios (en la cual se mencione cual es: eps - fondo de pensiones - arl).
- fotocopia legible de la cédula de ciudadanía.
- fotocopias acta de grado. - bachiller - profesión - especialización (en caso de no estar inscritos en el rethús) anexar rethus.
- tribunal de ética médica (con fecha de expedición menor a 3 meses al momento de ser entregada al grupo contratos hocen)
- libreta militar para menores de cincuenta años.
- certificados antecedentes judiciales policía (con fecha de expedición menor a 3 meses al momento de ser entregada al grupo contratos hocen)
- certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la **procuraduría** general de la nación. (con fecha de expedición menor a 3 meses al momento de ser entregada al grupo contratos hocen)
- certificado de antecedentes de la **contraloría** (verificación en boletín de responsables fiscales). (con fecha de expedición menor a 3 meses al momento de ser entregada al grupo contratos hocen)
- certificado registro nacional de medidas correctivas (rnmc) (con fecha de expedición menor a 3 meses al momento de ser entregada al grupo contratos hocen)
- constancia de afiliación a entidad promotora de salud. (eps) como independiente
- constancia de afiliación fondo de pensiones
- hoja de vida en el formato de la función pública (formato descargado del SIGEP II el cual debe estar correctamente diligenciado y actualizado en su totalidad así mismo las firmas deben ser originales lo anterior de acuerdo a directiva presidencial no 01 de 2022 de fecha 17 de enero de 2022.)
- declaración juramentada de bienes y rentas. (el formato debe estar correctamente diligenciado en su totalidad así mismo las firmas deben ser originales)
- formato de información a terceros. (el formato debe estar correctamente diligenciado en su totalidad así mismo las firmas deben ser originales)
- certificación bancaria sobre cuenta activa ahorros o corriente cualquier entidad con fecha de expedición no superior a seis meses.
- certificado vigente de registro único tributario (Rut) expedido por la dirección de impuestos y aduanas nacionales **Dian**.
- examen médico preocupacional expedido por una entidad autorizada para la expedición de exámenes médico - ocupacionales el cual debe estar ajustado a lo solicitado por dirección de talento humano y el cual se encuentra en la suite visión empresarial con código 1dh-fr-0029,
- para enfermera jefe se solicita entregar certificados de curso svb sva y para auxiliares de enfermería svb actualizados a 18 meses.
- personal que tenga contacto directo con los usuarios del subsistema deben tener el curso de atención a víctimas de violencia sexual.
- personal de perteneciente al departamento de enfermería y departamento de urgencias deben tener el curso de atención a víctimas de ataques con agentes químicos.
- para auxiliares camilleros curso de camillero y primeros auxilios.

Página 5 de 17	PROCEDIMIENTO ELABORACION ESTUDIOS PREVIOS DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 01/03/2022	ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
VERSIÓN: 9		

- d. Copia Planilla de pago de aportes al Sistema de seguridad Social en Salud, pensión y ARL
- e. Copia del RIT (Registro de información Tributaria), la cual deberá ser allegada únicamente para el primer pago.
- f. Certificación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 65 de la ley 1819 de 2016 y demás normatividad vigente.

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

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

3.5. SUPERVISOR, INTERVENTOR Y/O COORDINADOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será el Jefe del Departamento de Urgencias del Hospital Central Policía correo electrónico hocen.depur@policia.gov.co o quien haga sus veces, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto contractual, de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la resolución No. 00090 del 15 de Enero de 2018.

3.6. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las obligaciones están descritas en el presente estudio previo OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.

3.7. OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL- HOSPITAL CENTRAL

Las obligaciones están descritas en el presente estudio previo OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

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

Los factores que se deben tener en cuenta en la identificación y distribución de los riesgos y garantías (Garantía Única), Se relacionan en el Anexo del presente Estudio y Documentos Previos


 Captán Lina Paula Caicedo González
 CC 52.751.961
 JEFE DE DEPARTAMENTO DE URGENCIAS HOCEN

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.	

GARANTIAS DEL PROCESO

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDA EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 3 AÑOS MAS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL SERVICIO.
GARANTIA UNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$50 000 000.00) AL PERSONAL ASISTENCIAL DIFERENTE A MEDICOS U ODONTOLOGOS, QUIENES DEBERAN SUSCRIBIRLA POR LA SUMA DE CIENTO MILLONES DE PESOS (\$100 000 000.00)	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TERMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASION DE LA EJECUCION DEL CONTRATO AMPARADO Y SERAN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL CONTRATISTA.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

ANÁLISIS DEL RIESGO Y FORMA DE MITIGARLO

Nº	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (Qué puede pasar y, cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación total	Prioridad
----	-------	--------	-------	------	---	--	--------------	---------	--------------------	-----------

¿A quién se le asigna?

Tratamiento/Controles a ser implementados

Impacto después del tratamiento
Probabilidad
Impacto
Calificación
Calificación total

¿Afecta el equilibrio económico del contrato?

Persona responsable por implementar el tratamiento

Fecha estimada en que se inicia el tratamiento

Fecha estimada en que se completa el tratamiento

Monitoreo y revisión

¿Cómo se realiza el monitoreo?

Periodicidad ¿Cuándo?

1
2
3

ANÁLISIS E IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS		
CONDICIONES TÉCNICAS		
Llevar los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones, así como 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.	Seguimiento	4
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los Pacientes.	Seguimiento	3
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral del Subsistema de Salud observando las normas propias de su profesión actividad u oficio).	Seguimiento	3
Participar en la definición, estandarización y actualización de los protocolos o instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes en las áreas de atención, promoción, prevención y rehabilitación con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios.	Seguimiento	3
Participar en los programas docentes asistenciales que desarrolle la Dirección de Sanidad mediante convenios con centros educativos o de formación (Universidades, Institutos, EPS, IPS, etc.).	Seguimiento	3
Participar en las Brigadas de Salud programadas por la Dirección de Sanidad en aquellos sitios donde la entidad lo requiera	Seguimiento	3
Valoración diaria de pacientes hospitalizados en los cuales se debe tener en cuenta: la realización de epicrisis en el sistema SISAP, realizar las interconsultas ordenadas por los especialistas a los pacientes, realizar las órdenes médicas.	Seguimiento	3
Cuando el médico no actúe conforme a los protocolos de atención de urgencias, o las guías de manejo fijadas por el sistema de Salud de la Policía Nacional y de las Fuerzas Militares , o dispongan de la realización de procedimientos de pertinencia médica, o no acojan el acuerdo de medicamentos establecido, previa comprobación de los hechos, le serán descontados los valores de las glosas formuladas por las aseguradoras que cubran la atención en salud que debe prestarla la Dirección de Sanidad con cargo al SOAT ,por lo cual le serán descontados de los honorarios que se cancelen al profesional.	Seguimiento	3

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS**CONDICIONES TÉCNICAS****1. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA****MEDICO GENERAL****Título: MEDICO GENERAL**

Experiencia Laboral: CERO (0) SEGÚN LA RESOLUCIÓN NO. 125 DEL 08 DE ABRIL DE 2020.

2. HORAS PRESTACION DE SERVICIOS Y HONORARIOS

No.	Denominación	Horas Prestación Servicio			Honorarios Mes
		Día	Semana	Mes	
1	TÉCNICO ASISTENCIAL – AUXILIAR DE ENFERMERÍA	8	44	190	\$4.437.016

3. ACTIVIDADES PROGRAMADA

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

ACTIVIDADES ASISTENCIAL	UNIDAD DE MEDIDA	HORAS SEMANA
Asistir a la Reunión administrativa, capacitaciones de guías de manejo y en protocolos que se socialicen por el servicio de urgencias	Seguimiento	3
Atención integral de Servicios de salud que garanticen la atención de usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, de acuerdo a las necesidades existentes.	Seguimiento	5
Atender consulta en cualquier establecimiento de sanidad policial donde le sea programada, con los estándares mínimos establecidos por la Dirección de Sanidad.	Seguimiento	4
Prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el plan de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente el profesional debe solicitar autorización previa al Comité Técnico – Científico de Autorización para medicamentos de la Dirección de Sanidad para su prescripción en el formato vigente para tal fin.	Seguimiento	3
Solicitar en forma genérica los elementos requeridos por los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional con base en los cuadros básicos adoptados por la Dirección de Sanidad para su compra	Seguimiento	4

2BS-FR-0004

Versión:9

aprobación: 01/03/2022

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS
OBLIGACIONES DE LA POLICIA NACIONAL- HOSPITAL CENTRAL

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual.
2. El contratista deberá suscribir las pólizas, según los establecido en la cláusula "MECANISMOS DE COBERTURA, a cargo del Contratista"
3. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilataciones y trabas.
4. Responder en los plazos que el Hospital Central establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
5. Cumplir cabalmente con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social integral, en los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007, Decreto 1273 de 2018, lo cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados. De acuerdo con el artículo 1° de la Ley 828 de 2003, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora, mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa.
6. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el contratista deberá informar de tal evento a la Dirección del Hospital Central para que se adopten las medidas necesarias.
7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismo en el proceso de ejecución.
8. Restituir al Hospital Central los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se haya suministrado.
9. Contribuir con el desarrollo del establecimiento de Sanidad Policial donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios.
10. Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por la DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor. Los bienes que entregue la Entidad al CONTRATISTA para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual se suscribirá al inicio del contrato.
11. Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera.
12. Ejercer su profesión con moral y ética.
13. Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales.
14. Rendir los informes que la DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL requiera dentro de los plazos determinados.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

26. Conforme a las necesidades del HOSPITAL CENTRAL el contratista deberá realizar las actividades específicas señaladas en el Anexo 1 "DATOS DEL CONTRATO" del presente contrato so pena de incumplimiento legal conforme a las estipulaciones planteadas en el mismo.

27. Asistir a la Reunión administrativa, capacitaciones de guías de manejo y en protocolos que se socialicen por el servicio de urgencias.

28. Atención integral de Servicios de salud que garanticen la atención de usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, de acuerdo a las necesidades existentes.

29. Apoyará los distintos servicios del hospital central donde sea designado de acuerdo a la necesidad del servicio como médico general por la dirección o jefatura de Urgencias.

30. Prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el plan de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente el profesional debe solicitar autorización previa al Comité Técnico – Científico de Autorización para medicamentos de la Dirección de Sanidad para su prescripción en el formato vigente para tal fin.

31. Solicitar en forma genérica los elementos requeridos por los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional con base en los cuadros básicos adoptados por la Dirección de Sanidad para su compra.

32. Llevar los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones, así como 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.

33. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los Pacientes.

34. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral del Subsistema de Salud observando las normas propias de su profesión actividad u oficio).

35. Participar en la definición, estandarización y actualización de los protocolos o instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes en las áreas de atención, promoción, prevención y rehabilitación con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios.

36. el contratista se compromete a la adherencia a los protocolos institucionales, en especial a los referentes para la atención del SARS COVID II y en específico con la utilización estricta de los elementos de protección personal, distanciamiento social cuando este sea conveniente (consumo de alimentos, reuniones, etc.)

37. Participar en los programas docentes asistenciales que desarrolle la Dirección de Sanidad mediante convenios con centros educativos o de formación (Universidades, Institutos, EPS, IPS, etc.).

38. Participar en las Brigadas de Salud programadas por la Dirección de Sanidad en aquellos sitios donde la entidad lo requiera.

39. Valoración diaria de pacientes hospitalizados en los cuales se debe tener en cuenta: la realización de epicrisis en el sistema SISAP, realizar las interconsultas ordenadas por los especialistas a los pacientes, realizar las órdenes médicas.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

15. Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar y emitir los conceptos que se requieran.

16. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular, responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida, que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros...)

17. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.

18. Si durante la ejecución del contrato surgen INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES, el contratista deberá informar al Supervisor del contrato ya la Dirección del Hospital, para adelantar el trámite correspondiente.

19. Cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato, el Contratista deberá presentar al supervisor del mismo un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el término de su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las actividades del objeto contractual.

20. El CONTRATISTA se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA).

21. De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2482 de 2010 en su artículo 8, una vez puesto en marcha el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP, el CONTRATISTA deberá incluir la información requerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

22. El contratista se compromete a tener usuario registrado ante la plataforma SECOP II (Colombia Compra Eficiente) y mantenerlo activo, con el fin de aceptar digitalmente los contratos, adiciones y/o modificaciones que le sean enviados por la entidad estatal Hospital Central, así mismo deberá subir las pólizas para ser aprobadas por la Entidad estatal en el momento en que se le requiera.

23. El CONTRATISTA deberá diligenciar adecuadamente las historias clínicas de manera amplia, clara y suficiente según la naturaleza y deber funcional del profesional, adherirse a los protocolos médicos, guías de manejo y demás instrucciones para el servicio, el no diligenciamiento completo y adecuado, acarreará repercusiones medico legales así como sanciones por incumplimiento del contrato, así mismo cuando por la irregularidad en la historia clínica impida el recobro a las aseguradoras del servicio prestado, podrán ser objeto de sanciones pecuniarias y disciplinarias previo agotamiento del debido proceso entre las partes.

24. El CONTRATISTA deberá ingresar, en la plataforma destinada para tal fin y diligenciar en forma oportuna y en los plazos establecidos encuestas y demás actuaciones indicadas por la DIRECCION DE SANIDAD y POLICIA NACIONAL.

25. El CONTRATISTA cuando en ejercicio de su profesión deba prescribir actividades y procedimientos médicos y medicamentos deberá acogerse al Acuerdo 052 del 01-04-2013 del consejo superior de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y a las guías de Manejo establecidas y que se establezcan en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional cuando a ello haya lugar.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

40. Cuando el médico no actúe conforme a los protocolos de atención de urgencias, o las guías de manejo fijadas por el sistema de Salud de la Policía Nacional y de las Fuerzas Militares , o dispongan de la realización de procedimientos de pertinencia médica, o no acojan el acuerdo de medicamentos establecido, previa comprobación de los hechos, le serán descontados los valores de las glosas formuladas por las aseguradoras que cubran la atención en salud que debe prestarla la Dirección de Sanidad con cargo al SOAT ,por lo cual le serán descontados de los honorarios que se cancelen al profesional.

41. Realizar los turnos en el servicio de urgencias, de acuerdo a la programación que se realiza en mutuo acuerdo, teniendo en cuenta que al momento de realizar el proceso de contratación se le ha indicado el horario disponible para trabajar y sobre esa información se realiza la programación de los turnos para completar las horas mensuales que estipula el contrato.

42. Informar de manera escrita y oportuna los cambios de turno que en algún momento llegue a requerir, teniendo en cuenta que debe realizar en primer lugar la propuesta para su reemplazo, evitando dejar descubierto el servicio.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
GRUPO SOPORTE Y APOYO HOCEN



HOCEN-GUSAP - 3.1

Bogotá, D.C., 08 de abril de 2022

Teniente Coronel
JAVIER ORLANDO OBANDO URREGO
 Jefe Seccional De Inteligencia Policial
 Calle 40 B No. 8 – 09
 Bogotá, D.C.

Asunto: Solicitud Estudios de Confiabilidad HOCEN

Comendidamente me permito solicitar al señor Coronel, tenga a bien ordenar a quien corresponda realizar los estudios de seguridad de los profesionales relacionados a continuación, quienes serán vinculados al Hospital Central mediante la modalidad contrato prestación de servicio.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Documento No.	PROFESION
1	DIANA SOFIA RINCON MENDOZA	1.020.819.957	MEDICO GENERAL
2	JONHATAN GUILLERMO JIMENEZ CHIMA	1.100.688.828	MEDICO GENERAL
3	NICOLAS JOSE LUNA ACERO	1018509384	MEDICO GENERAL
4	NORMA TATIANA CABALLERO RODRIGUEZ	1014289393	MEDICO GENERAL
5	KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO	1.233.898.453	MEDICO GENERAL

Agradezco a usted, una vez surta efecto el estudio y exista novedad se retroalimente a esta dirección.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
 Nombre: Juan Pablo Blanco Sierra
 Grado: Teniente Coronel
 Cargo: Director (A) Hospital Central
 Cédula: 79949470
 Dependencia: Hospital Central De La Policia
 Unidad: Direccion De Sanidad
 Correo: juan.blanco@correo.policia.gov.co
 8/04/2022 10:58:41 a. m.

Anexo: Cinco (5) estudios de Confiabilidad con soportes

Carrera 59 26 21, CAN
 Teléfono: 5804401
hocen.gutah-sele@policia.gov.co
www.policia.gov.co



INFORMACIÓN PÚBLICA

		DIRECCION DE SANIDAD
		HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
		REQUISITOS PARA EL PROCESO DE CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
1	ESTUDIOS PREVIOS DILIGENCIADO EN EL FORMATO DE LA SUITE VISION EMPRESARIAL CODIGO : 2BS-FR-0004 (Deben estar firmado y se debe anexar el formato de revision de estudios previos codigo 2BS-FR-0046) Se debe realizar una correcta justificación de la necesidad de contratar el personal	
2	SOLICITUD AUTORIZACION DE LA CONTRATACION DIRIGIDA AL DIRECTOR DEL HOSPITAL (DOCUMENTO RADICADO POR GEPOL)	
3	CERTIFICACION INEXISTENCIA EN PLANTA-Talento Humano (anexo 5) (Documento debe estar visado por Talento Humano en la ultima version vigente a la fecha)	
4	CERTIFICACION DE EXPERIENCIA E IDONEIDAD-Talento Humano (anexo 6)	
5	PROCESO SELECCIÓN- Talento Humano (Formato G de selección de personal) (Aplica para personal nuevo)	
✓ 6	USUARIO DE SECOP II (deben estar aprobados y en ejecucion todos los contratos celebrados con el Hospital Central)	
✓ 7	CARTA DE OFRECIMIENTO DE SERVICIOS (En la cual se mencione cual es : EPS - FONDO DE PENSIONES - ARL)	
✓ 8	FOTOCOPIA LEGIBLE DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA	
✓ 9	TARJETA PROFESIONAL, para medicos y por los colegios profesionales para las demas profesiones	
✓ 10	FOTOCOPIAS ACTA DE GRADO - BACHILLER - PROFESION - ESPECIALIZACION (En caso de no estar inscritos en el rethus) ANEXAR RETHUS	
✓ 11	TRIBUNAL DE ETICA MEDICA (con fecha de expedicion menor a 3 meses al momento de ser entregada al Grupo contratos Hocen)	
12	LIBRETA MILITAR PARA MENORES DE CINCUENTA AÑOS.	
✓ 13	CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA (con fecha de expedicion menor a 3 meses al momento de ser entregada al Grupo contratos Hocen)	
✓ 14	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EXPEDIDO POR LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. (con fecha de expedicion menor a 3 meses al momento de ser entregada al Grupo contratos Hocen)	
✓ 15	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE LA CONTRALORIA (VERIFICACIÓN EN BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES).(con fecha de expedicion menor a 3 meses al momento de ser entregada al Grupo contratos Hocen)	
✓ 16	CERTIFICADO REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC) (con fecha de expedicion menor a 3 meses al momento de ser entregada al Grupo contratos Hocen)	
✓ 17	CONSTANCIA DE AFILIACIÓN A ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. (EPS) COMO INDEPENDIENTE	
✓ 18	CONSTANCIA DE AFILIACIÓN FONDO DE PENSIONES	
✓ 19	HOJA DE VIDA EN EL FORMATO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA (Formato descargado del SIGEP el cual debe estar correctamente diligenciado en su totalidad asi mismo las firmas deben ser originales. Lo anterior de acuerdo a Directiva Presidencial No 01 de 2022 de fecha 17 de enero de 2022.)	
✓ 20	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS.(El formato debe estar correctamente diligenciado en su totalidad asi mismo las firmas deben ser originales)	
✓ 21	FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS. (El formato debe estar correctamente diligenciado en su totalidad asi mismo las firmas deben ser originales)	
✓ 22	CERTIFICACIÓN BANCARIA SOBRE CUENTA ACTIVA AHORROS O CORRIENTE CUALQUIER ENTIDAD con fecha de expedicion no superior a seis meses	
✓ 23	CERTIFICADO VIGENTE DE REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO (RUT) EXPEDIDO POR LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN.	
✓ 24	EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL EXPEDIDO POR UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA LA EXPEDICION DE EXAMENES MEDICO - OCUPACIONALES EI CUAL DEBE ESTAR AJUSTADO A LO SOLICITADO POR DIRECCION DE TALENTO HUMANO Y EL CUAL SE ENCUENTRA EN LA SUITE VISION EMPRESARIAL CON CODIGO 1DH-FR-0029.	
✓ 25	CARNE DE RADIO PROTECCION VIGENTE PARA ODONTOLOGOS, ESPECIALISTA Y AUXILIARES DE ODONTOLOGIA	
✓ 26	PARA MEDICOS GENERALES SE SOLICITA ENTREGAR CERTIFICACOS DE CURSO SVB - SVA ACTUALIZADOS A 18 MESES	
✓ 27	PARA ENFERMERA JEFE SE SOLICITA ENTREGAR CERTIFICACOS DE CURSO SVB SVA Y PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA SVB ACTUALIZADOS A 18 MESES	
✓ 28	PERSONAL QUE TENGA CONTACTO DIRECTO CON LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DEBEN TENER EL CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	
✓ 29	PERSONAL QUE TENGA CONTACTO DIRECTO CON LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DEBEN TENER EL CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	
✓ 30	PERSONAL DE PERTENECIENTE AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y DEPARTAMENTO DE URGENCIAS DEBEN TENER EL CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	
	LA CARPETA PARA ADELANTAR EL PROCESO DE CONTRATACION DEBE SER ALLEGADA A LA OFICINA DEL GRUPO CONTRATOS CON 15 DIAS DE ANTELACION A LA FECHA DE INICIO PROGRAMADA EN EL PLAN DE COMPRAS, ASI MISMO SERÁ ENTREGADA MEDIANTE COMUNICACIÓN OFICIAL RADICADA POR GEPOL DIRIGIDA AL JEFE GRUPO CONTRATOS HOSPITAL CENTRAL, EN CUAL SE MENCIONE: SI EL CONTRATISTA ES NUEVO O ANTIGUO Y PROBABLE FECHA DE INICIO,	
	LA RESOLUCION DE HONORARIOS QUE SE ENCUENTRA VIGENTE ES LA 125 DEL 08 DE ABRIL DE 2020 de la Direccion de Sanidad.	



La salud
es de todos

Minsalud



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO

C.C. 1233898453

MÉDICO

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Bogotá D.C.

Grado: 23/06/2020

Renovó: 14/02/2022



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

Firma Representante Colegio Médico Colombiano



AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES
CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

El(la) suscrito(a) Karen Julueth Diaz Alfonso identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 1233898433 expedida en Bogota, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL con NIT. 830.067.597-4, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi proceso de selección y/o eventual celebración de contrato y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Bogota, el día Ventinueve (29) de Marzo de 2022.

Nombre Karen Julueth Diaz Alfonso
Firma Karen Julueth Diaz Alfonso
Cédula 1233898433

fecha expedición Gédula: 18 de Mayo 2016

**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 13:01:54 horas del 29/03/2022, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 123898453,

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **POLICIA NACIONAL**, con NIT 830067597-4 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

 Imprimir

Bogotá, D.C., 07 de abril de 2022

Teniente Coronel
JUAN PABLO BLANCO SIERRA
Director Hospital Central Policía Nacional
Bogotá, D. C.

Respetado Señor Teniente Coronel

Por medio de la presente me permito
HOSPITAL CENTRAL mis servicios con
honorarios establecidos por la Entidad.

Así mismo me permito manifestar bajo
en ninguna inhabilidad e incompatibilidad
la ley 80 de 1993, ni relacionada en el
General de la Republica, con el fin de
Ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea notificado a la
Dirección: Carrera 120 #129-35
Correo electrónico: karenjuliethdiaz.22@gmail.com
Celular: 3045371274

Así mismo me permito manifestar que me encuentro afiliado al sistema de seguridad social
como independiente de la siguiente forma:

EPS: Compensar
PENSION: Porvenir
ARL: Sura

Para los anteriores fines, me permito manifestar que mi hoja reposa en esa entidad.

Atentamente,

Karen Julieth Díaz Alfonso
CC. 1233898953 de Bogotá.

Secop II
USUARIO: Karenjuliethdiaz
22
Cont Ka85456901
Tel 3045371274.

de Sanidad
cogeré a los

entro incurso
ulos 8 y 9 de
a Contraloría
culo 60 de la

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUMERO 1.233.898.453

DIAZ ALFONSO

APELLIDOS

KAREN JULIETH

NOMBRES

Karen Julieth Diaz Alfonso

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-1998

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-MAY-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAQUIA



P-1500150-00836857-F-1233898453-20160620 0050154885A 2 46440995



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Centro Piloto de Educación Nueva Tibabuyes

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Según Resolución No 4112 del 03 de Octubre de 2005

Confiere a:

DÍAZ ALFONSO KAREN JULIETH
IDENTIFICADO(A) CON TI 98041059834

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, Art. 28 Ley 115 de 1994
según los planes y programas vigentes
Promoción 2013

Rector(a)

Secretario(a)

Libro de Registro No. 01 Acta No. 14 Folio No. 010

Dado en Bogotá D.C. a los 29 Días del mes de Noviembre de 2013

No requiere Registro de la secretaria de Educación según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994,
expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.



Acta Individual de Grado

Centro Piloto de Educación Nueva Tibabuyes

En Bogotá, D.C. a los 28 días del mes de Noviembre del año Dos Mil Trece (2013) se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, el suscrito Rector(a) y Secretaria en la rectoría del **CENTRO PILOTO DE EDUCACIÓN NUEVA TIBABUYES** Institución aprobada hasta Undécimo en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de BACHILLERACADÉMICO según resolución No 4112 del 03 de Octubre de 2005 para Educación Media Académica. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos(as) que cursaron y aprobaron estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

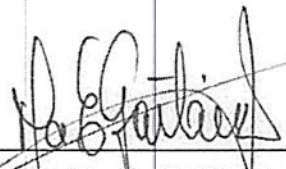
BACHILLER ACADÉMICO

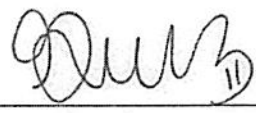
al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

DÍAZ ALFONSO KAREN JULIETH
IDENTIFICADO(A) CON TI 98041059834

Es fiel copia tomada del Acta Original General No 14 de fecha 28 de Noviembre de 2013 que consta de 40 alumnos que comienza con el nombre de Anzola Pinzón Johan Steven y se cierra con el nombre de Vargas Bernal Karen Viviana

Firmado y sellado


María Emma Gaitán Q.
C.C. 51.899.638 de Bogotá
Rectora


Diana Milena Gómez Montoya
C.C. 1.015.395.106 de Bogotá
Secretaria Académica

Diploma No. 010

La Fundación Universitaria Juan N. Corpas

*Institución Universitaria con Personería Jurídica 2105 del 29 Mayo
de 1974 del Ministerio de Educación Nacional*



ESCUELA DE MEDICINA

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

Teniendo en cuenta que:

Karen Julieth Diaz Alfonso

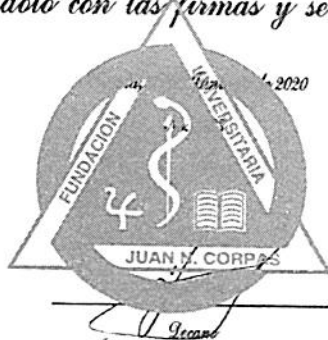
C.C. 1.233.898.453 de Bogotá D.C.

*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 1807

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



[Firma]
Rectora

*Registrado: Libro 2 Folio 20
Bogotá, D.C. Junio 23 de 2020*

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

[Firma]
Secretario General



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS
Secretaría General

ACTA DE GRADO No. 605

En la Ciudad de Bogotá, D.C., el día 23 del mes de junio de 2020, 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, OTTO HAMANN ECHEVERRI Decano, y FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General; con la asistencia de los Doctores LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO Secretario General Asociado, JUAN CARLOS VELASQUEZ ROJAS Director de Bienestar Institucional, DENNY LUENGAS SUÁREZ Director de Rotaciones Institucionales y LUIS ALFREDO RAMÍREZ CANO Director de Rotaciones Extramurales.-----

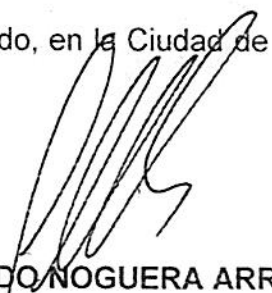
En el cual la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Código del Programa No. 1807, otorgado por el ICFES, Registro Calificado y Re-Acreditación de Alta Calidad otorgados mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 04602 de Marzo 21 de 2018, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

a **KAREN JULIETH DÍAZ ALFONSO**

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.233.898.453 de Bogotá D.C., 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. 7333 que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Bogotá D.C., a los veintitrés (23) días del mes de junio de 2020.


Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General

Carrera 111 No. 159A-61 (Av. Corpas Km. 3 Suba) PBK: 662 22 22 Bogotá D.C., Colombia
www.juannncorpas.edu.co



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C123389845300069859

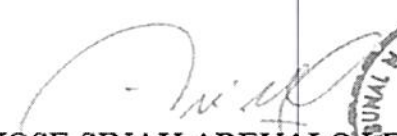
**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ETICA MEDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO**, identificado(a) con C.C. No. 1233898453 y T.P. o R.M. No. 1233898453 del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 06 abril 2022 a solicitud del(a) interesado(a).


JOSE SINAY AREVALO LEAL
Presidente



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

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

antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 193151809



WEB

19:56:37

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 de marzo del 2022

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) KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1233898453:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes. Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>



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

ATENCIÓN:

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

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	B. Colectiva	3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante	B. Cabeza de familia	C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: Cotizante o cabeza de familia	C. Institucional	A. Contributivo	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente	B. Independiente	C. Pensionado	
B. Reporte de Novedades	Beneficiario o afiliado adicional	D. De oficio	B. Subsidiado				

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Primer Apellido Segundo Apellido			Femenino Masculino	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P				
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	Zona Urbana Rural		Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
Primer Apellido Segundo Apellido			Femenino Masculino	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
Primer Apellido Segundo Apellido			Femenino Masculino
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad
D D M M A A A A			Tipo F N M Condición T P
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular			

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

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)	35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
Cot. B B B			
37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico Municipio / Distrito Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	13. Movilidad:
1. Modificación datos básicos de identificación	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
2. Corrección datos básicos de identificación	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	14. Traslado:
3. Actualización documento de identidad	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
4. Actualización y corrección de datos complementarios	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	15. Reporte por fallecimiento
5. Terminación de la inscripción en la EPS	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	16. Reporte del trámite de protección al cesante
Código		17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
6. Reinscripción en la EPS		18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha
Primer Apellido Segundo Apellido Sexo Masculino Fecha de nacimiento	D D M M A A A A D D M M A A A A
Tipo de documento de identidad Número de documento de identidad	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado
	Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

Cód.	Parentesco	Descripción Parentesco
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscribe como beneficiarios al cónyuge o compañero(a) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho (18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliada adicional.	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra en el 4º grado de consanguinidad o 2º de afinidad, respecto de éste.

30. Etnia:

Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad:

Marque con una X la opción: F: Física N: Neuro-sensorial M: Mental

Condición de discapacidad:

Marque con una X: T: Temporal P: Permanente.

32. Datos de residencia:

Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.

- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional:

Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS:

Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.

- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:

- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado, cajas de compensación familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social:

Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

36. Tipo de documento de identificación:

Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación:

Escriba el número del documento de identificación.

38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones:

Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

39. Ubicación:

- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigentes novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

Número	Nombre
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13	Movilidad
14	Traslado
15	Reporte de fallecimiento
16	Reporte del trámite de protección al cesante
17	Reporte de la calidad de pre-pensionado
18	Reporte de la calidad de pensionado

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución modifica uno o varios de los datos básicos de el documento de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación que figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación

Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación que figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios

Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS

Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

Código	Condición
	El trabajador dependiente termina su relación laboral.

- Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y esta sujeta por el empleador.

La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS

Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.

Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales

Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañero(a) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos, y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la **novedad 13: Movilidad**. También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la **novedad 13: Movilidad**. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la **novedad 14: Traslado** si cumple las condiciones para ello.

El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la **novedad 8: exclusión de beneficiarios de dicho beneficiario o afiliado adicional**, en otro formulario.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación		Fecha de Radicación	
		D D M M A A A A	
DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)			
1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario
A. Afiliación	A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia	A. Contributivo	
B. Reporte de Novedades	Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	
			5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)			
SA			

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad	
Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre	
8. Número de documento de identidad		9. Sexo Femenino Masculino	
10. Fecha de nacimiento		D D M M A A A A	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo E N M Condición T P		
15. Administradora de riesgos laborales - ARL		16. Administradora de pensiones	
17. Ingreso base de cotización - IBC		18. Residencia	
Dirección		Teléfono fijo Teléfono celular	
Correo electrónico		Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Localidad / Comuna Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)			
19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad	
Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre	
21. Número de documento de identidad		22. Sexo Femenino Masculino	
23. Fecha de nacimiento		D D M M A A A A	
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad	
Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre	
26. Número de documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino	
28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	
D D M M A A A A		Etnia F N M T P	
30. Discapacidad		31. Datos de residencia	
Tipo Condición		Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento	
32. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)		Teléfono fijo y/o celular	
B1 B2 B3 B4 B5			

Selección de la IPS Primaria		V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		35. Nombre o razón social	
Código de la IPS (a registrar por la EPS)		36. Tipo de documento de identificación	
Cot. B B B		37. Número del documento de identificación	
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)			
39. Ubicación		Dirección Teléfono Correo electrónico Municipio / Distrito Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES			
40. Tipo de Novedad		7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	
1. Modificación datos básicos de identificación			
2. Corrección datos básicos de identificación		8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	
3. Actualización documento de identidad			
4. Actualización y corrección de datos complementarios		9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	
5. Terminación de la inscripción en la EPS		10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	
Código		11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
6. Reinscripción en la EPS		12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado			
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen			
15. Reporte por fallecimiento			
16. Reporte del trámite de protección al cesante			
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado			
18. Reporte de la calidad de Pensionado			

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación		42. Fecha	
Primer Apellido Segundo Apellido		Primer Nombre Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Sexo Femenino Masculino	
Número de documento de identidad		Fecha de nacimiento	
43. EPS anterior		D D M M A A A A	
44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.		51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.		52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013	
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.		53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.			
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.			

VIII. FIRMAS			
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario		55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio	

IX. ANEXOS			
56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total			

Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una X la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad

Esta novedad se reporta:

A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.
- Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.

La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
 - Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
 - Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.
- Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
 - Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.

Código	Motivos para el traslado
01	Por ejercicio de la libre elección
02	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre elección de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.
03	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
04	Por unificación del núcleo familiar.
05	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado
06	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el período de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento

Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante o el cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar que se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante

Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como prepensionado.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado

Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:

Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades

Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación;

Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos;

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior:

Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado:

Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la caja de compensación familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de vinculación económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

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

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.

En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al(s) documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

56. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.

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

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

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

60. Copia del certificado de apoplejía o acta de entrega del menor.

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

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

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

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

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

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial:

Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisbén:

El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisbén y registrar:

• Número de la ficha Sisbén

• Puntaje

• Nivel Sisbén (según el puntaje)

68. Fecha de radicación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisbén e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.

• Primer apellido

• Segundo apellido

• Primer nombre

• Segundo Nombre

• Tipo de documento de identidad

• Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario:

El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como respon-



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:38:37 PM horas del 06/04/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1233898453

Apellidos y Nombres: DIAZ ALFONSO KAREN JULIETH

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.

[Volver al Inicio](#)

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 miércoles 06 de abril de 2022, a las 19:40:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1233898453
Código de Verificación	1233898453220406194042

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.



EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

COR—
Página 1 de 1



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, 06/04/2022 07:46:53 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1233898453** y Nombre: **KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO.**

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. **31545318**. 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

Información

5159000

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

www.policia.gov.co

Resultado General -2022-03-28--8:44:38 PM

Tipo IdentificaciónNro. IdentificaciónPrimer NombreSegundo NombrePrimer ApellidoSegundo ApellidoEstado Identificación:Detalles					
CC	1233898453	KAREN	JULIETH	DIAZ	ALFONSO
				Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO identificado(a) con CC 1233898453 registra La siguiente información:

2022-03-28--8:44:38 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2022-02-14	96933
		COLEGIO MEDICO COLOMBIANO		

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA CUNDINAMARCA UBAQUE	2020-12-15	2021-12-14	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.233.898.453**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 6 de Abril del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 26-mar-2022

Fecha Validación: 26-mar-2022

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DIAZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ALFONSO	NOMBRES KAREN JULIETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1233898453	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____, D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 10 MES ABR AÑO 1998 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 120 129 35 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 577504166 EMAIL karenjuliethdiaz.22@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO	
											Bachiller académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	AÑO
										X	NOVIEMBRE	2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TÉCNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	12	X	MEDICINA	5 2020	1233898453

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 26-mar-2022

Fecha Validación: 26-mar-2022

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	Hospital San Vicente de Paul Fomeque		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
			X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Fómeque		hfomeque@cundinamarca.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
6012411422	DÍA 22	MES 12 AÑO 2021	DÍA 28	MES 2	AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Medico general Prestación de Servicios	Urgencias- Consulta externa		Calle 4 N° 5 - 00		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	Hospital San Vicente de Paul Fomeque		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
			X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Fómeque		hfomeque@cundinamarca.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
6012411422	DÍA 15	MES 12 AÑO 2020	DÍA 14	MES 12	AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Medico Servicio Social Obligatorio	Medicina General		Calle 4 N° 5 - 00,		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
				X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		seleccion.cr@cruzrojabogota.org.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
7460909	DÍA 23	MES 7 AÑO 2020	DÍA 4	MES 12	AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Medico general	Linea Covid		Carrera 23 # 73-19		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 26-mar-2022

Fecha Validación: 26-mar-2022

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	4
Pública	1	2
Total	1	6

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 26-mar-2022

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Karen Juarez Diaz Alfonso

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO No. 1 2 3 3 898453 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: BOGOTÁ

DIRECCIÓN CRA 120 # 129- 35

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO
BOGOTÁ

PAIS
COLOMBIA

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
ALBA GRACIELA ALFONSO SUAREZ	39548780	MADRE
WALTER DIAZ GARCIA	85456901	PADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	25.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	6 000.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	31.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
SCOTIABANK COLPATRIA	CUENTA DE AHORROS	6342041109	CC PLAZA IMPERIAL	1.900.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DE BOGOTÁ	TARJETA DE CRÉDITO	2.000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CIÓN, SOCIEDAD O	5	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

CIUDAD Y FECHA



POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO

- | | | | |
|--|--------------------------|---|-------------------------------------|
| 1.1 Consorcio o Unión Temporal | ☐ | 1.11 Persona Natural Extranjera | ☐ |
| 1.2 Departamento | ☐ | 1.12 Persona Natural Nacional | ☒ |
| 1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera | ☐ | 1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado | ☐ |
| 1.4 Empresa Pública Nacional Financiera | ☐ | 1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional | ☐ |
| 1.5 Establecimiento Público Nacional | ☐ | 1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado | ☐ |
| 1.6 Gobierno Extranjero | ☐ | 1.16 Regional sin NIT Especial | ☐ |
| 1.7 Municipio | ☐ | 1.17 Resguardo | ☐ |
| 1.8 Otra Pública Departamental | ☐ | 1.18 Sociedad de Economía Mixta | ☐ |
| 1.9 Otra Pública Municipal | ☐ | 1.19 Universidad Pública | ☐ |
| 1.10 Otro Beneficiario | ☐ | 1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado | ☐ |

2.TIPO DE DOCUMENTO

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

NUMERO DEL DOCUMENTO

1 2 3 3 8 9 8 4 5 3

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3.TIPO DE RETENCION

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

4.NOMBRE O RAZON SOCIAL

KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO

5.PAIS

COLOMBIA

6.CIUDAD

BOGOTÁ

7.TELEFONO Y FAX

3045371274

8.DIRECCION

CRA 120 # 129- 35

9.E-MAIL

karenjuliethdiaz.22@gmail.com

4. INFORMACION DE LA CUENTA

- | | |
|---|--|
| 1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA | SCOTIABANK COLPATRIA |
| 2. NUMERO DE LA CUENTA | 6 3 4 2 0 4 1 1 0 9 |
| 3. CLASE DE CUENTA | CORRIENTE ☐ AHORROS ☒ |

ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA

07 DE ABRIL DEL 2022

Karen Julieth Diaz Alfonso

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA

2. Concepto **01** Inscripción

4. Número de formulario

14699905136



(415)7707212489984(8020) 000001469990513 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 2 3 3 8 9 8 4 5

6. DV

3

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 2 3 3 8 9 8 4 5 3

27. Fecha expedición

2 0 1 6, 0 5, 1 8

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

DIAZ

32. Segundo apellido

ALFONSO

33. Primer nombre

KAREN

34. Otros nombres

JULIETH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

Dirección principal

CR 120 129 35

42. Correo electrónico

karenjulieth108@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 4 5 3 7 1 2 7 4

45. Teléfono 2

7 5 0 4 1 6 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 7, 2 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

☒

NO

☐

60. No. de Folios:

1

61. Fecha

2020 - 07 - 24 / 10 : 26: 12

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 GONZALEZ TIQUE SANDRA ROCIO

985. Cargo Gestor I





Nit 812004659-7

CERTIFICADO OCUPACIONAL

CERTIFICADO DE DE APTITUD - INFORME SALUD OCUPACIONAL

FECHA : 1/03/2022 EMPRESA: HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

NOMBRE: KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO CEDULA : 1.233.898.453

EDAD: 23 AÑOS

TIPO DE EXAMEN:

INGRESO	X	ENFASIS OSTEO-MUSCULAR	X	RETIRO		ENFASIS CARDIO-RESPIRATORIO	X	TEST DE ALTURAS		ENFASIS EN PIEL	X	REINGRESO	
---------	---	------------------------	---	--------	--	-----------------------------	---	-----------------	--	-----------------	---	-----------	--

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CARGO ACTUAL / CARGO AL QUE ASPIRA:

MÉDICA GENERAL

APTO	X	PERIODICO CON RECOMENDACIONES		APTO CON RESTRICCION	
APTC PARA TRABAJO EN ALTURAS		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		APLAZADO	
PERIODICO NORMAL		PERIODICO CON REMISION A EPS		PERIODICO CON REMISION ARL	
RETIRO NORMAL		RETIRO CON REMISION EPS		RETIRO CON REMISION ARL	

VISIOMETRIA NORMAL ☒ ENFERMEDAD PROFESIONAL SI NO ☒ REMISION A EPS SI NO ☒SOSPECHA DE SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO SI NO ☒ ENFERMEDAD COMUN AGRAVADA POR EL TRABAJO SI NO ☒**SE CERTIFICA QUE AL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS**

AUDIOMETRIA	X	OPTOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA		PSICOMETRICO	
LABORATORIOS	X	COLESTREOL	X	TRIGLICERIDOS	X	GLICEMIA	X	VDRL	
HEMOGRAMA	X	CREATININA	X	ESQUEMA DE VACUNACION	X	COMPLETA	X	KOH	
CARNET DE VACUNACION VIGENTE	X	TEST OSTEOMUSCULAR	X						

OBSERVACIONES: ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETA PARA OCUPAR EL CARGO DE MÉDICA GENERAL, SEGÚN PROFESIOGRAMA DE SANIDAD DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA, CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION VISUAL, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA, USO DE TAPABOCAS Y EPP Y DE BIOSEGURIDAD, SEGUIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA (LAVADO DE MANOS, APLICACION DE GEL ANTIBACTERIAL ENTRE OTRAS). SI PRESENTA FIEBRE, PERDIDA DEL OLFATO, PERDIDA DEL GUSTO, DOLOR MUSCULAR Y HUESOS, DOLOR DE GARGANTA, TOS EXPECTORACIÓN, NAUSEAS, VOMITO, DIARREA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR; DEBE INFORMAR A SU EPS, CONSULTAR AL MEDICO O DIRIGIRSE A LA UNIDAD DE URGENCIAS MAS CERCANA.

YO KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO

autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes citados en este documento. Afirmo que comprendo los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen a partir de la información recibida por el profesional que firma este documento. Certifico que la información que suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que servi elmecc Salud ocupacional de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a la persona o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.

C.C No. 1.233.898.453

FIRMA

Karen Julieth Diaz Alfonso

NOMBRE, SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

Dra. Julieth Diaz Alfonso
Médica General
Resolución de Salud Ocupacional
R.M. 255143
JULIO 2014

ESTA CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE A LA FECHA. EL CONTENIDO DE LA HISTORIA ES PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION DE SALUD 2346 DEL M.S., RESOLUCION 1918 DEL 2009, DECRETO 2174 DEL 1996 Y LA LEY 80/89 DEL M.S.

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

**Proveedor
de SVCA**



American
Heart
Association.

Karen Juliet Díaz Alfonso

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

Fecha de emisión

26 Jun 2021

Renovar antes del

Jun 2023

Nombre del centro de entrenamiento

FUNDACION SALAMANDRA

Nombre del instructor

Nereida Quintero Arauz

N.º de ID del centro de entrenamiento

ZL20010

ID del instructor

01112226242

Ciudad y país del centro de entrenamiento

Cali, Valle del Cauca, Colombia

Código de la tarjeta electrónica

215603831219

Nombre del sitio de entrenamiento

Código QR



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

BASIC LIFE SUPPORT

**BLS
Provider**



American
Heart
Association.

Karen Juliet Díaz Alfonso

**has successfully completed the cognitive and skills evaluations
in accordance with the curriculum of the American Heart Association
Basic Life Support (CPR and AED) Program.**

Issue Date

26 Jun 2021

Training Center Name

FUNDACION SALAMANDRA

Training Center ID

ZL20010

Training Center City, Country

Cali, Valle del Cauca, Colombia

Training Site Name

Renew By

Jun 2023

Instructor Name

Nereida Quintero Arauz

Instructor ID

01112226242

eCard Code

215603831219

QR Code



To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to <https://ecards.heart.org/international>.

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2800 11/20



Colombia

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

NIT 901393683 - 4 Matricula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá,

Resolución No 1043 del Ministerio de Protección Social, Licencia No 4461 de 29/04/2013 del

Ministerio de Salud, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009

de Educación informal, no requiere registro de Secretaría de Educación

Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M



CERTIFICA QUE:

KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO

C.C No. 1.233.898.453 de Bogotá D.C

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación de:

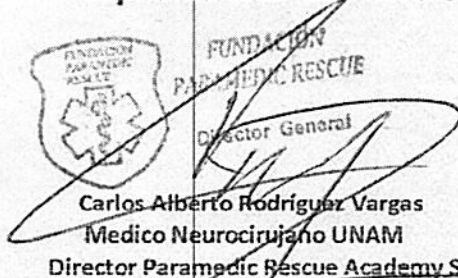
CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Certificar que En PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S, realizo y Aprobó satisfactoriamente el CURSO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS, con Fecha de Febrero 25 al 27 de 2022, y una Intensidad Académica de Cuarenta (40) Horas, Este curso se dictó según la Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019 Leyes 1257 Art.8 del 2008, Ley 1639 Art 5 del 2013. Educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 del 2015 (artículo 2.6.6.8). Se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009 de Educación informal, siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar; renovar, profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de Secretaría de Educación.

Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M.

Registro Folio No. **AQ3176** LR FPR

Expedida el 27 de Febrero del 2022 Vence el 27 de Febrero del 2024


FUNDACION
PARAMEDIC RESCUE
Director General
Carlos Alberto Rodríguez Vargas
Medico Neurocirujano UNAM
Director Paramedic Rescue Academy S.A.S


Secretaria
Académica
Ana Milena Gutiérrez Manrique
Secretaria Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

"Capacitamos Para Salvar Vidas"

academyparamedicrescuesas@gmail.com

Fundacion.paramedic@gmail.com

Tel: 312 4062182 Bogotá Colombia



Otorgan el presente

Certificado a:

KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO

Con número de identificación 1233898453

Por haber completado a satisfacción el curso de:

Atención integral en salud a las víctimas de violencia sexual

Cuarenta (40) horas de estudio

Aprobó con una nota de 87

02-10-2020

MBozón G.

María del Rosario Bozón
Directora División de Educación Continua
Universidad El Bosque

Dra. Ángela Medina
Directora Médica
Menntun

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

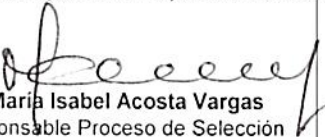
AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

El(la) suscrito(a) Karen Juleth Diaz Alfonso identificado con
C.C./ C.E./ P.P No. 1233898453 expedida en Bogota,
autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los
términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al
HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL con NIT. 830.067.597-4, a consultar mis datos
personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas
menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de
manera previa a mi proceso de selección y/o eventual celebración de contrato y, de llegarse
a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre
vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará
de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en
especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de
Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de
los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá, el día Veintinueve (29) de
marzo de 2022.

Nombre Karen Juleth Diaz Alfonso
Firma Karen Juleth Diaz Alfonso
Cédula 1233898453

FORMATO (G) SELECCION DE PERSONAL INFORME FINAL		
 Policia Nacional Dirección de sanidad	Macroproceso DISAN: Administrador	Proceso: Gestión del Talento Humano
	Gestión del Talento Humano	Actividad: Selección y Vinculación de Personal
	Elaboro: PS. ENRIQUE LUENGAS SOTELO	Fecha de emisión: 10/01/07
	Reviso: ST. DIANA MARCELA RIVEROS ARDILA	Fecha última actualización : 02/02/09
Aprobó: MY. SONIA DEL PILAR MORENO C.		
DATOS GENERALES		
REQUERIMIENTO: MEDICO GENERAL		FECHA: ABRIL 07 del 2022
UNIDAD: HOCEN		HORAS A CONTRATAR: 8 HORAS
NOMBRE DEL OFERENTE: KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.233.898.453
PROFESIÓN : MEDICO GENERAL		EDAD: 23 AÑOS
CONTRATO PARA: HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL		DISPONIBILIDAD DE TIEMPO: 8 HORAS
CONCEPTO PRUEBAS PSICOLOGICAS		
PRUEBAS APLICADAS WARTEGG Y FIGURA HUMANA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES HASTA EL DÍA DE HOY CUMPLIENDO PERFIL REQUERIDO.		
RESULTADOS		
CONCEPTO TECNICO:	CUMPLE	
PROFESIONAL DE APOYO:	Médico Especialista María Isabel López Pereira de Departamento de Urgencias y PS. María Isabel Acosta Vargas Responsable Selección HOCEN	
PUNTAJE	PUNTAJE OBTENIDO	VALOR EN PORCENTAJE
PUNTUACION PRUEBA DE CONOCIMIENTOS	37.50	50%
PUNTAJE Y CONCEPTO ENTREVISTA:	18.90	30%
PUNTAJE EN ANALISIS DE HOJA DE VIDA	6.00	20%
TOTAL	62.40	100%
CONCEPTO EVALUACIÓN : APRUEBA		
 Doctora Maria Isabel López Pereira Médico Especialista Departamento de Urgencias  PS. Maria Isabel Acosta Vargas Responsable Proceso de Selección		

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 6342041109¹, con fecha de apertura 30 de Julio de 2020, de la cual es titular:

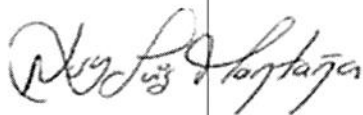
El (la) señor(a): KAREN JULIETH DIAZ ALFONSO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.233.898.453

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Abril de 2022.

Cordialmente,



Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes

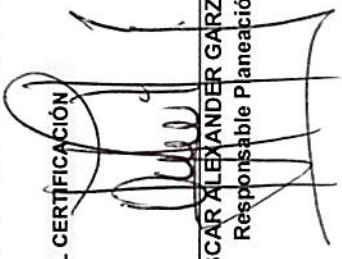


Línea de Atención

Bogotá: 7561616 - Cali: 4891616 - Medellín: 6041616 - Barranquilla: 3851616 - Ibagué: 2771616 - Pereira: 3401616 - Cartagena: 6931616
Neiva: 8631616 - Bucaramanga: 6971616 - Cúcuta: 5955195 - Santa Marta: 4365966 - Villavicencio: 6836126 - Valledupar: 5898480
Popayán: 8353735 - Resto del país: 018000 522222



scotiabankcolpatria.com

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO										 POLICIA NACIONAL				
CERTIFICACIÓN PLAN DE ADQUISICIONES GASTOS DE FUNCIONAMIENTO														
Código: 1DE-FR-														
Fecha: 13-08-2021														
Versión: 3														
FECHA CERTIFICADO No.		KAREN YULIETH DIAZ ALFONSO												
8/04/2022		673												
UNIDAD QUE EJECUTA	UNIDAD QUE REQUIERE	UNIDAD DE AFECTACIÓN DEL GASTO	MES PROYECTAD O COMPRA	CODIGO UNSPSC	RUBRO PRESUPUESTA	DESAGREGACIÓN PRESUPUESTA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA)	APORTES DE LA NACIÓN R10		FONDOS ESPECIALES R16		OTRO RECURSO	
									CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL
HOCEN 01	HOCEN	PROGRAMA Q	ABRIL		02-02-02-008 SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TECNICOS	MEDICO GENERAL ASISTENCIAL 8 HORAS	\$ 4.437.016,00			150	\$ 22.185.080,00		
TOTAL									-	-	150	\$ 22.185.080,00		\$ -
Relación de Documentos que soportan ésta certificación y modificaciones														
CARPETA DEL PROCESO														
No. SISCO	462943													
VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN														
\$ 22.185.080,00														
 PATRULLERA LILIANA MARCELA MOJICA QUIROGA Responsable Dirección de Planeación y de Recursos														
 PS.17 OSCAR ALEXANDER GARZON IRIARTE Responsable Planeación														
Grado, Nombres y Apellidos														
Cargo														
Unidad														



HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Numero: 638

EL JEFE DE LA : PRESUPUESTO

CERTIFICA :

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de VEINTIDOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL OCHENTA PESOS M/CTE *** \$22,185,080.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: MEDICO GENERAL // CD 508 // PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPHA HOCEN // PAA 673 -

Estado: AUTORIZADO

Area Solicitante: SERVICIOS DE PERSONAL SECSA HOCEN

Nombre Solicitante: TC JUAN BLANCO SIERRA

Fecha Solicitud: 12/04/2022

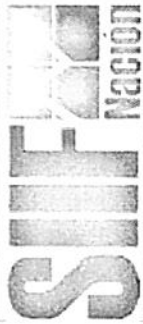
Observaciones: ..

Proyecto:

AREA	IMPUTACION PRESUPUESTAL							DESCRIPCION	VIGENCI	VALOR
	Tpo	Cla	Cta	Scta	Obg	Ord	SorAux			
01724000	SERVICIOS DE PERSONAL SECSA HOCEN	0	2	020	200	8		SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	2022	\$22,185,080.00
TOTAL										\$22,185,080.00

Expedido a los 12 dias del mes de Abril de 2022 en la ciudad de BOGOTA


PS 03 JANNEITH HERNANDEZ LIZARAZO
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO



CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

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

Número:	155622	Fecha Registro:	2022-04-12	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado	Tipo:	Gasto
Valor Inicial:	22 185 080.00	Valor Total Operaciones:	22 185 080.00	Valor Actual.:	0.00
				Saldo x Comprometer:	22 185 080.00
				Uso Caja Menor	Ninguno
				Vr. Bloqueado	0.00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS

Número:	160022	Fecha Registro:	2022-04-11	Número:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	
---------	--------	-----------------	------------	---------	--	----------------------------	--	-------------------	--

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

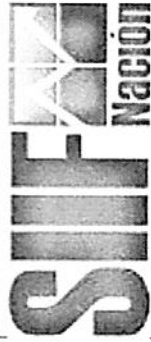
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
Q01 SERVICIOS DE PERSONAL	A-02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES CIENTIFICOS Y TECNICOS	Nación	16	SSF						
Total:						22 185 080.00	0.00	22 185 080.00	22 185 080.00	0.00

Objeto:

MEDICO GENERAL // CD 508 // PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPHA HOCEN // PAA 673 - 1500

Firma Responsable


PS 03 JANNETH HERNANDEZ LIZARAZO
RESPONSABLE PRESUPUESTO HOCEN

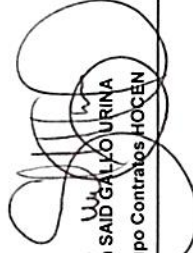


Reporte Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal - Comprobante

MHijernani JANNETH HERNANDEZ LIZARAZO
16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL
Unidad ó Subunidad
Ejecutora Solicitante
Fecha y Hora Sistema 2022-04-11-5:30 p. m.

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
Numero.:	160022	Fecha Registro:	2022-04-11	Unidad 7 Subunidades Ejecutora:	16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL
Estado.:	Generado	Valor Inicial:		22.185.080.00	Valor Actual: 22.185.080.00
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO					
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO				
Q01 SERVICIOS DE PERSONAL	A-02-02-02-008 SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL
			22.185.080.00	0.00	22.185.080.00
		Total:			

Objeto:	CD 508 MEDICO GENERAL
---------	-----------------------


Capitan SAID GALKO URINA
Jefe Grupo Contratos HOCEN

Firma Responsable

