Armenia, Quindío de Octubre, 2.022

Doctor,
IVAN FAJARDO SARMIENTO
Secretario de Salud Departamento del Quindío

Referencia: Propuesta de Servicios.

LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ identificada con nro. de cedula 1094892050 de Armenia, en atención a la invitación a presentar oferta para celebrar contrato de prestación de servicios profesionales, por medio del presente escrito me permito presentar oferta para celebrar el respectivo contrato en los siguientes términos:

1. **Tipo de contrato:** CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES.

2. **Objeto del contrato:** "PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD RIAS – RPMS (RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD), CURSO DE VIDA PRIMERA INFANCIA Y EL PROGRAMA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS) – RESISTENCIA ANTIMICROBIANA (RAM)".

3. **Plazo de ejecución:** El plazo de ejecución del presente contrato será de setenta y ocho (78) días calendario contados a partir de la suscripción del acta de inicio. En todo caso, el plazo no excederá la vigencia 2022.

4. **Lugar de ejecución:** El lugar de ejecución del presente contrato será en el Departamento del Quindío.

5. **Valor Estimado del Contrato**: SIETE MILLONES QUINIENTOS UN MIL PESOS M/CTE ($7.501.000) incluidos impuestos

6. **Forma de pago:** El Departamento del Quindío realizará tres (03) pagos de la siguiente manera, dos pagos iguales cada treinta (30) días calendario vencidos, cada uno por valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS MC/TE ($2.885.000), y un tercer y último pago por los dieciocho (18) días restantes por valor de UN MILLÓN SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($1.731.000) incluidos impuestos, previa presentación periódica del Informe de actividades realizadas durante cada mes de prestación de servicios, suscrito por el supervisor del contrato en el que debe constar la acreditación del pago de aportes a seguridad social, pensión y riesgos laborales por el porcentaje señalado en la ley. No obstante, la forma de pago prevista queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC.

7. **Obligaciones del contratista:**

7.1 OBLIGACIONES DEL ESPECÍFICAS:

1. Hacer entrega del Plan de Acción, metodología y Cronograma para la ejecución de actividades del contrato, debidamente firmado por el supervisor y contratista, al momento de la firma del acta de inicio. Además de presentar cronograma con su respectiva metodología mensual y los soportes requeridos por el supervisor. Soportes: Cronograma general de actividades, donde se especifique obligación contractual y acción de cumplimiento en cada mes de ejecución contractual (en medio magnético) en el marco del programa de Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas.
   oRealizar acciones de acompañamiento en las capacitaciones y asistencias técnicas, que
2. Realizar acciones de acompañamiento en las capacitaciones y asistencias técnicas, que realice el Ministerio de Salud y Protección Social, OMS, OPS y demás, en todo lo referente a Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) - Resistencia Antimicrobiana (RAM) y Rutas integrales de atención en salud (RIAS). Soportes: actas de reunión, listas de asistencia, registro fotográfico.

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

3. Realizar acciones de acompañamiento en el proceso de fortalecimiento e implementación de las Rutas integrales de atención en salud – RIAS, siendo de obligatorio cumplimiento la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud - RPMS, para el curso de vida primera infancia, definida en la resolución 3280 de agosto de 2018, con las instituciones del SGSSS. Soportes: actas de reunión, listas de asistencia, registro fotográfico, oficios, correos electrónicos, presentaciones, listas de chequeo.

4. Realizar acciones de acompañamiento en la ejecución del plan de acción curso de vida primera infancia, para la implementación de las Rutas integrales de atención en salud – Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, con las instituciones del SGSSS. Soportes: actas de reunión, listas de asistencia, registro fotográfico, oficios, correos electrónicos, presentaciones, archivos, listas de chequeo.

5. Realizar acciones de acompañamiento en las asesorías, seguimiento y evaluación a las IPS del departamento, en la implementación de las estrategias relacionadas con el Programa de IAAS – RAM, de acuerdo a los instrumentos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Soportes: actas de reunión, listas de asistencia, registro fotográfico, oficios, correos electrónicos, presentaciones, seguimiento a planes de mejoramiento, listas de chequeo.

6. Realizar acciones de acompañamiento en el desarrollo de mesas técnicas, según los informes y datos reportados por Vigilancia en Salud Pública (VSP), solicitando análisis de los casos y planes de mejoramiento a las respectivas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del departamento y realizar el pertinente seguimiento y control de las Infecciones presentadas, asociadas a la atención en salud. Soportes: actas de reunión, listas de asistencia, registro fotográfico, oficios, correos electrónicos, presentaciones, archivos, seguimiento a planes de mejoramiento.

7. Brindar apoyo en la realización de estrategias, eventos y demás actividades que se requieran, incluidos procesos de digitación y reuniones de equipo, desde el programa de Enfermedades Emergentes, Reemergentes y desatendidas Soportes: actas de reunión, archivos, registro de asistencia y fotográfico.

8. Brindar apoyo en las actividades relacionadas con eventos de interés en salud pública en caso de emergencias o brotes que ocurrieran en el desarrollo del contrato.

9. Presentar al finalizar del contrato un informe final de gestión en medio físico y magnético, que consolide las actividades desarrolladas durante la ejecución del contrato, impacto logrado, conclusiones y recomendaciones, de cada uno de los procesos intervenidos.

Como prueba de lo anterior anexo los respectivos certificados.

8. **Manifestación de no estar incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad.**

Manifiesto bajo juramento no estar incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad consagrada en la Constitución, la ley 80 de 1993 y demás normas legales vigentes, así como no haber sido condenado por fallo alguno de responsabilidad fiscal.

9. **Documentos de la oferta.**

A continuación, presento una relación de la documentación requerida por la entidad para la verificación de la idoneidad y experiencia, indicando cuáles de ellos anexo con mi oferta, cuáles pueden ser consultados en el SIGEP y cuales no aplican para este caso específico.

No.	DOCUMENTO	ANEXO	SIGEP	NO APLICA
10,1	Hoja de Vida (en formato de la función pública).	x	X	
10,2	Declaración juramentada de bienes y rentas.	x		
10,3	Copia de Diploma o acta de grado de bachiller y certificados de estudios y/o cursos que pretenda hacer valer.	X	X	

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

10,4	Certificaciones de experiencia.	X	X	
10,5	Fotocopia de la cédula de ciudadanía.	X	X	
10,6	Fotocopia de la libreta militar cuando corresponda.			X
10,7	Fotocopia del R.U.T expedido por la DIAN.	X	X	
10,8	Acreditación de estar afiliado al Sistema de Seguridad Social.	X		
10,9	(Demás documentación requerida de acuerdo a los estudios previos).	X	X	

La suscrita recibirá notificaciones en el conjunto Tesalónica Torre 4 apto 703, Armenia Quindío

Atentamente,

LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ
CC No. 1.094.892.050 expedida en Armenia

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría de Salud Departamental

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Paneso		Laura Marcela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1094892050	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES 10 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA

DEPTO QUINDIO

MUNICIPIO ARMENIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 32 - Conjunto tesalonica torre 4 apto 703

PAÍS COLOMBIA DEPTO QUINDIO

MUNICIPIO ARMENIA

TELÉFONO 3017593 EMAIL majla1967@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	09	AÑO	2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	07	2013	

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

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Secretaría de Salud Departamental

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ATA - AYUDA TEMPORAL Y ASESORIA - FRESENIUS MEDICAL CARE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDIO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	06	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONSULTA EXTERNA	*DEPENDENCIA* APOYO MEDICO					*DIRECCIÓN* AVENIDA 19N					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD Clínica CENTRAL DEL QUINDIO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDIO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7373180	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	04	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* MEDICO GENERAL HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 13N - 15					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	5

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Secretaría de Salud Departamental

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Armenia - Sept 8 2022.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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.

Armenia, 2022.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

El servicio público es de todos | Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2022-09-16 12:02

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	MARCELA	PANESO	GUTIERREZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1094892050

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	QUINDIO	Municipio	CALARCA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	QUINDIO	Municipio	ARMENIA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	GOBERNACION DE QUINDIO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	QUINDIO	Municipio	ARMENIA

Dirección	["Calle 20 No. 13-22"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$4.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$4.500.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

CONFIDENCIALIDAD SECOPII

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ORLANDO	ENRIQUE	MONTOYA	DIAZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 750969146

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de Identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

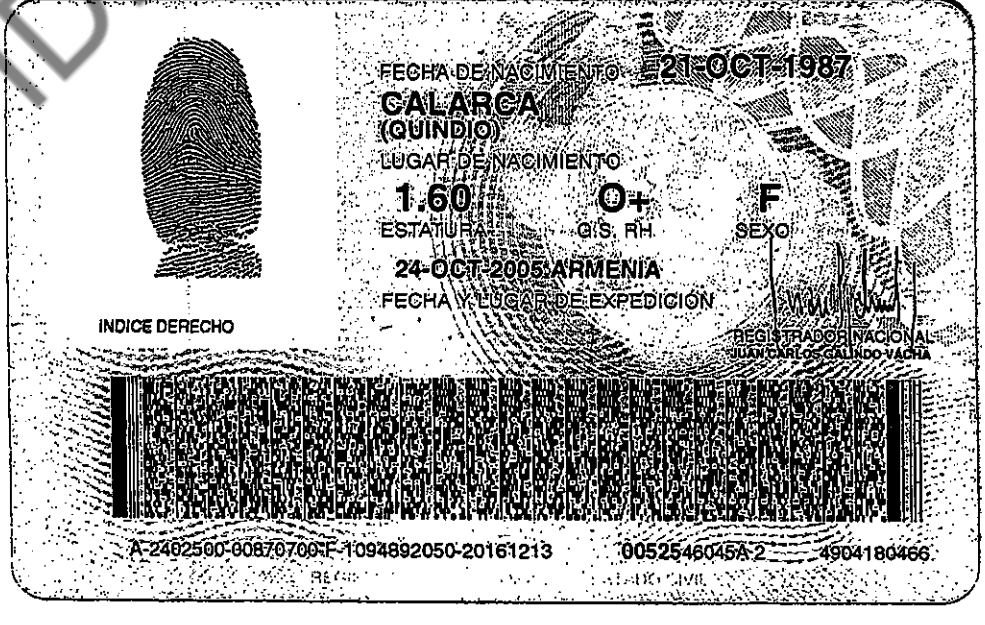
Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CONFIDENCIALIDAD SECOP II





CONFIDENCIALIDAD COP II

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ

C.C o C.E. 1094892060

Profesión u Ocupación
MEDICO

Especialidad

Institución de Educación
U. DE MANIZALES

Ciudad MANIZALES

Fecha de expedición diploma 05/08/2013

Fecha de inscripción RETHUS 25/01/2016



CONFIDENCIALIDAD SECOP II

Scanned by CamScanner



LAURA MARCELA PANESO GUTIÉRREZ
C.C. 1.094.892.050

MÉDICA

Registro Nacional Nº 003-0087
Expedido: 06 / 04 / 2015

DIRECCIÓN TERRITORIAL
Salud de Caldas

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

Autorización para ejercer como profesional de la salud en el Territorio Nacional.

Subdirector Prestación de Servicios
Dirección Territorial de Salud de Caldas

Este carné es personal e intransferible.
En caso de pérdida, por favor envíelo a la Calle 49 26 - 46 de Manizales.



CONFIDENCIALIDAD SECOP II

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Colegio San José

Hermanos Maristas (Armenia)

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 1846 del 11 de Marzo de 1985

Confiere a:

Laura Marcela Panesso Gutiérrez

T.I. No. 871021-50471 de Armenia

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Rector | Secretario

Registro Interno

Acta No. 28 Folio No. 3P

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994.

CONFIDENCIAL SECOP II

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

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

La
Universidad de Manizales

Reconocida por Resolución Nº 2317 del 7 de abril de 1992

confiere a:

Laura Marcela Paneso Gutiérrez

Identificado(a) con C.C. 1.094.892.050 de Armenia

el título de:

Médica

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente diploma
en la ciudad de Manizales, Caldas, a los 5 días del mes de Agosto de 2013

Rector | Vicerrector | Decano | Secretario General

Registrado en el folio 117 del Libro de Diplomas Nº 11 - Acta de Grado Nº 17523
Manizales, 5 de Agosto de 2013

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

Powered By Samyak Infotech Pvt. Ltd.

Acta de Grado

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

No. 17523

Facultad Ciencias de la Salud

En la ciudad de Manizales a los cinco (05) días del mes de agosto del año dos mil trece (2013), **La Universidad de Manizales**, realizó Ceremonia de Grado presidida por los directivos de la Institución, con el fin de conferir el título de **MÉDICO (A)** al(a) egresado (a) **LAURA MARCELA PANESO GUTIÉRREZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.094.892.050 expedida en Armenia. La rectoría de conformidad con la Resolución No. G - 138 del 05 de agosto de 2013, aprobó el mencionado título.

Tomado el juramento de rigor, el señor Rector le hizo entrega del Diploma registrado en el Folio No.117 Libro No.11.

El graduado(a) cumplió con los requisitos exigidos para el otorgamiento del título Profesional.

Se firma la presente Acta en la ciudad de Manizales, a los cinco (05) días del mes de agosto del año dos mil trece (2013).

Guillermo Orlando Sierra Sierra
Rector

Antonio Duque Quintero
Decano

Jorge Iván Jurado Salgado
Vicerrector

César Augusto Ospina Muñoz
Secretario General

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

Powered By Samyak Infotech Pvt. Ltd.

DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS



RESOLUCIÓN No. 17-003-0087-15

POR LA CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACION PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

EL SUBDIRECTOR DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS, en cumplimiento al Decreto No. 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, Resolución 8211 del 15 de junio de 1989, Ley 1164/2007, Resoluciones 1058/2010 – 274/2011, y según delegación de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, otorgada mediante Resolución 1273 del 12 de septiembre de 2013.

C O N S I D E R A N D O

Que **LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ,** cédula **1094892050,** ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como **MÉDICA,** título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES,** mediante **Acta de Grado 17523 del 05 de agosto de 2013.**

Que **LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ,** cédula **1094892050,** prestó el Servicio Social Obligatorio **(S.S.O),** en **LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CALDAS "CONFAMILIARES" CLINICA SAN MARCEL,** desde el 12 de marzo de 2014 hasta el 11 de marzo de 2015, de acuerdo a constancia firmada por el Gerente Médico de la Entidad.

En consecuencia,

R E S U E L V E

ARTÍCULO ÚNICO: Autorizar a **LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ,** cédula **1094892050,** para el ejercicio profesional como **MÉDICA,** título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DE MANIZALES,** en el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Manizales, a los 06 días del mes de abril de 2015

NORBERTO LUIS SEPÚLVEDA ANDRADE
Subdirector Prestación de Servicios

CONFIDENCIALIDAD SECCIÓN III

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Laura Marcela Paneso Gutiérrez

ha participado y aprobado el:

Curso virtual sobre los fundamentos del cuidado paliativo

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

5 de septiembre de 2022

Horas: 20

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=6316a18b-2ae8-45af-a584-47e3ac1f

CONFIDENCIAL DO SECOR II

VitalCare Simulación Clínica	CERTIFICADOS	CÓDIGO: SGC-D-C-1	
	Referencia a la norma ISO 9001:2008 4.2.3 Control de los Documentos	Versión 1	Fecha: 07-2012

CD- 0128-15

Armenia, 18 de Diciembre de 2020

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

Que LAURA PANESO GUTIÉRREZ identificada con cédula de ciudadanía 1.094.892.050,realizo de manera virtual, y en las fechas comprendidas del 4 a el 5 de diciembre del 2020, el Módulo en RCCP Básica y Avanzada por el que se otorga certificación por 48 horas conforme a la Resolución 2003 de 2014.

Se expide a solicitud de la interesada para fines laborales.

DIEGO ANDRÉS DÍAZ GUIO MD. PHD(C)

Transcriptora: Beatriz Ortiz G.

Calle 16N Nro. 14-50 Armenia, Quindío, Colombia
Cel. 314 830 8305 – 310 466 55 62- (096) 7316578
www.vitalcare.co
e-mail: operaciones@vitalcare.co / asesoria@vitalcare.co
@VitalCareICU Vital Care Cuidado Crítico

CONFIDENCIALIDAD SECOP II
Escaneado con Cam

FRESENIUS
MEDICAL CARE

Fresenius Medical Care Colombia S.A.
Coordinación Nacional de Psicología
Dirección Médica
www.freseniusmedicalcare.com.co

Armenia (Q), 27 de Mayo 2022

Certificado de Asistencia a Capacitación

Por medio de la presente certifico que LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ identificada con C.C. 1094892050, asistió a la capacitación sobre el tema **<Modelo de Atención a Víctimas de Violencias en FME: Actualización>**, basada el Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Cordialmente

MARYLENA BARBOSA BAQUERO
PSICÓLOGA-UR ARMENIA
Fresenius Medical Care Colombia

CDN Armenia
Marylena Barbosa B.
Psicóloga
SRUN 63-836/2002 ISS1

Capacitación Avalada por
Fdo.
LUISA FERNANDA JACOME AZUERO
Coordinación Nacional de Psicología FME

CONFIDENCIALIDAD SECOP II
Escaneado con Cam

CLINICA CENTRAL DEL QUINDIO S.A.S
NIT. 900.848.340-4

CERTIFICA

Que el (la) señor (a), **LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.094.892.050 de Armenia, estuvo vinculado (a) a nuestra empresa mediante contrato a término indefinido desde el día 24 de abril de 2019 hasta el 30 abril de 2021, desempeñándose en el cargo de **MEDICO GENERAL.**

Esta información puede ser confirmada a los teléfonos N° (6) 7 37 8160 Teléfono celular 3043324574.

Para constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Armenia, a los 03 días del mes de mayo de 2021.

JULIANA RAMIREZ TEJADA
CARGO: Líder de Gestión Humana

JOHANNA VALENCIA ALZATE
CARGO: Líder Jurídico

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

FRESENIUS MEDICAL CARE

Fresenius Medical Care Colombia S.A.
Dirección Recursos Humanos
Carrera 7 # 156 - 10 Piso 26
www.freseniusmedicalcare.com.co
Yuri Cecilia Parra
Yuri.parra@fmc-ag.com

FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.

CERTIFICA:

Que **PANESO GUTIERREZ LAURA MARCELA** quien se identifica con Cédula de Ciudadania No. **1094892050.** laboró en nuestra compañía, FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A., desde el 5 de febrero de 2020 hasta el 6 de julio de 2022.

Su vinculación fue mediante un contrato a TERMINO INDEFINIDO

El último cargo desempeñado fue: MEDICO GENERAL.

Se expide la presente certificación, en Bogotá, D.C., el 6 de julio de 2022

Cordialmente,

FRESENIUS MEDICAL CARE
Nit: 830.007.355-2
Tel: 294 1400 Ext: 3026

EDGARDO FERNANDEZ CASTELLANOS
COORDINADOR DE NOMINA

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C109489205000087506

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) **LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ**, identificado(a) con C.C. No. 1094892050 y T.P. o R.M. No. 30087-15 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 31 agosto 2022 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

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
antecedentestribunal@outlook.com

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO - SALUD OCUPACIONAL



Ciudad ARMENIA

Fecha del certificado 31/8/2022

Certificado para: Ingreso X Examenes Periodicos : Reubicación

1. Datos de identificación del aspirante

Nombres: LAURA MARCELA Apellidos: PANESO GUTIERREZ

Cédula de ciudadanía 1.094.892.050 de: ARMENIA

Sexo: Femenino X Masculino: Edad: 34 años

Cargo al que aspira / en el que se desempeña:

MEDICO GENERAL

2. Concepto: EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL

El servicio médico ocupacional con el Doctor RAUL EMILIO TORO CRIOLLO; medico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y las funciones correspondienes al mismo, emite que la persona identificada en el numero 1 es:

Apto X Apto con restricciones que no interfieren con su trabajo normal

Apto con restricciones que limitan su trabajo normal

Aplazado No apto

APTO PARA LABORAR

3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales

Para el trabajador: Al examen medico NO presenta condiciones de salud que disminuyen su capacidad laboral; se recomienda realizar controles en programas de su EPS .

Para el área del trabajo:UTILIZAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION LABORAL , RESPETAR LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA, AVISAR AL JEFE INMEDIATO CUANDO ALGUN ELEMENTO DE PROTECCION NO ESTE EN ADECUDO ESTADO, ACUDIR A TODAS LAS CAPACITACIONES POR LA EMPRESA

4. Restricciones Médicas Ocupacionales: NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajor, la cual tiene un carácter confidencial

Firma- Médico Ocupacional
L.S.O. No. 394 del 23 Abril del 2015

Firma Aspirante al cargo
c.c.

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 205211701

WEB
17:30:07

Bogotá DC, 15 de septiembre 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) LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1094892050:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la 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

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

CONFIDENCIAL DATASECOP II

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 16 de septiembre de 2022, a las 10:17:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1094892050
Código de Verificación	1094892050220916101712

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:21:59 AM horas del 16/09/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1094892050**

Apellidos y Nombres: **PANESO GUTIERREZ LAURA MARCELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/09/2022 11:23:47 a. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo** Nº. **1094892050**

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. **42012773** . 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

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PANESO GUTIERREZ LAURA MARCELA** identificado(a) con **CC** número **1.094.892.050** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de enero de 2020 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de septiembre de 2022.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2022091609031

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1094892050** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1094892050
NOMBRES Y APELLIDOS	LAURA MARCELA PANESO GUTIERREZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/10/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	141
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	43

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **16/09/2022**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941, **Medellín:** 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/09/2022

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	890001639	**Cédula Usuario:**	CC 1097038426
Nombre:	DEPARTAMENTO DEL QUINDIO				
Dirección:	CALLE 20 NRO 13-22				
Departamento:	QUINDIO	**Municipio:**	ARMENIA		
Correo electrónico:	sst@gobernacionquindio.gov.co				
Teléfono:	7417700	**Tarifa:**	0.522		
Actividad Económica:	1751201 EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA EN GENERAL INCLUYE MINISTERIOS, ORGANOS, ORGANISMOS Y DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS EN LOS NIVELES CENTRAL, REGIONAL Y LOCAL.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1097038426	PAOLA ANDREA ZULETA MARIN

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	6428	26/09/2022	CC 1094892050	PANESO GUTIERREZ LAURA	3	2.436	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

D255E07AB56F32C4E59D2AF026ED576A

Certificado impreso el día 9/23/2022 2:29:49 PM por el portal de empresas Edesk

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

	FORMATO	Código: F-JUR-11
	Inhabilidades, Incompatibilidades y Prohibiciones	Versión: 01 Fecha: 30/12/2016
		Página 1 de 2

DECLARACIÓN RELACIONADA CON INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA CELEBRAR CONTRATOS CON EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.

(Juan Pablo Pancso G.) identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1094951010 expedida en Armenia manifiesto, que no me encuentro incurso (a), en causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones establecidas por la Constitución o la Ley, para suscribir contratos con el Departamento del Quindío, entre otros declaro:

1. Que SI___NO_X_ he sido condenado en cualquier tiempo, por la comisión de delitos que afecten el patrimonio del Estado, ni relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos armados ilegales, de lesa humanidad o de narcotráfico en Colombia o en el exterior (Art. 122 C.P.).

2. Que como servidor público SI___ NO_X_ he dado lugar con una conducta dolosa o gravemente culposa, calificada así por sentencia ejecutoriada, a que el Estado sea condenado a una reparación patrimonial. En caso positivo, SI NO asumí con mi patrimonio el daño (Art. 122 C.P.)

3. Que SI___ NO_X_ he sido sancionado disciplinariamente con destitución (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

4. Que SI___ NO_X_ en sentencia judicial he sido condenado a la interdicción de derechos y funciones públicas (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

5. Que SI___ NO_X_ he sido declarado responsable judicialmente por soborno transnacional. En caso positivo, ¿Cuál?_____ (Art. 8, Núm. 1°, lit. j), ley 80 de 1.993, modificado ley 1474 de 2.011 art. 1).

6. ¿En algún momento le han declarado la caducidad de un contrato? SI___ NO_X_ ¿Cuál?_____ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. c), ley 80 de 1.993.

7. ¿Se ha abstenido de suscribir contrato estatal adjudicado, sin existir justa causa? SI___ NO_X_ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. e), ley 80 de 1.993).

8. ¿Es usted servidor público? SI___ NO_X_ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. 9, ley 80 de 1.993).

9. ¿Es usted integrante de una Junta Administradora Local del Departamento del Quindío? SI___ NO_X_ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. f), ley 80 de 1.993).

10. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, padre, madre, algún hijo(a), hermano(a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), ha presentado propuesta para esta misma licitación? SI___ NO_X_ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. g), ley 80 de 1.993).

11. ¿Pertenece o perteneció a sociedad a la que se haya declarado la caducidad en un contrato? SI___ NO_X_ ¿Cuál?_____ (Art. 8°, Num. 1°, lit. i), ley 80 de 1.993)

12. ¿Ha financiado en los últimos cuatro años, campañas políticas a la presidencia de la república, a la gobernación o a la alcaldía o alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante? SI___ NO_X_ ¿Quién?_____ ¿Cuál fue el monto del aporte?_____ (NO APLICA PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES) (Art. 8°, Núm. 1°, lit. k), ley 80 de 1.993 adicionado por Art. 2. Ley 1474 de 2.011).

13. Ha sido miembro de la Asamblea Departamental o servidor público del Departamento del Quindío? SI___ NO_X_ Indique el cargo_____ ¿Cuál fue la fecha de retiro? _____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. a), ley 80 de 1.993).

14. ¿Alguno de los siguientes: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado(a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, es servidor público en cargos de nivel directivo, asesor, miembro de la asamblea departamental, o es persona que ejerza control interno o fiscal, en el

CONFIDENCIALIDAD SECOP II

Departamento? SI___ NO_X_ ¿Quién?_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. b), ley 80 de 1.993).

15. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, es servidor público en nivel directivo, asesor, o miembro de la asamblea departamental o ejerce funciones de control interno o de control fiscal, en el Departamento del Quindío? SI___ NO_X_ ¿Quién?_____ Indique el cargo (Art. 8°, Núm. 2°, lit. c), ley 80 de 1.993).

16. ¿Es miembro de la Asamblea Departamental del Departamento del Quindío? SI___NO_X_¿Cuál?_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. e), ley 80 de 1.993)

17. ¿Tiene algún parentesco con el Gobernador del Departamento? SI____NO_X_ ¿Cual?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

18. ¿Tiene algún parentesco con un diputado del Departamento? SI___ NO_X_ ¿Cuál?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

19. ¿Tiene algún parentesco con el Secretario de la Asamblea del Departamento? SI___NO_X_ ¿Cuál?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

20. ¿Tiene algún parentesco con el Contralor del Departamento? SI___ NO_X_ ¿Cuál?_____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

21. ¿Ha ejercido cargos en el nivel directivo en entidades del Estado? SI___ NO_X_ ¿Cuál?_____ ¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI ___ NO___ Indique fecha de retiro_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 1°).

22. ¿Alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo(a), cuñado(a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, tiene calidad de ex empleado público del nivel directivo de una entidad estatal? SI___ NO_X_. ¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI___ NO_X_ Indique fecha de retiro_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 2°).

23. ¿Ha sido objeto de imposición de cinco (5) o más multas durante la ejecución de uno o varios contratos, durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI___NO_X_ ¿Cuántas?_____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. a)

24. ¿Ha sido objeto de declaratorias de incumplimiento contractual en por lo menos dos (2) contratos durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI___ NO_X_ ¿Cuántas?_____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. b).

25. ¿Ha sido objeto de imposición de dos (2) multas y un (1) incumplimiento durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI____ NO_X_ ¿Cuántas?_____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. c).

26. ¿Ha celebrado contrato estatal de obra pública, de concesión, suministro de medicamentos y de alimentos o su cónyuge, compañero(a) permanente, padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, con las entidades a que se refiere el artículo 2° de la Ley 80 de 1993, durante el plazo de ejecución y hasta la liquidación del contrato? SI___ NO_X_ ¿Cuál?_____ (APLICA PARA CELEBRAR CONTRATOS DE INTERVENTORIA). Ley 1474 de 2.011 Art. 5.

Declaro que he leído, entendido, comprendido y respondido las anteriores preguntas con toda precisión.

_____
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA
CC 1094889050
Dirección: Tesalonica J 4 #10-203
Teléfono: 3015941850

CONFIDENCIALIDAD SECOP II