

GS-2022-068826-DISAN



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA HOCEN



ARCIN-DENFE - 29.25

Bogotá D.C., 27 de octubre de 2022

Señor (a) mayor
LEONARDO ESPINAL GRANADA
Director (A) Hospital Central Encargado (A)
KR 59 26 21
Bogotá D.C.

Asunto: Solicitud autorización contratación Auxiliar de Enfermería.

Respetuosamente me dirijo a mi Mayor, estudie la viabilidad de autorizar la contratación del Auxiliar de Enfermería MENDOZA LISCANO MAYRA TATIANA identificado con número de cedula N° 1.010.213.809, quien desempeña las siguientes actividades en el Departamento de Enfermería.

- Hacer el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo institucional y a la hora establecida por la institución para tal fin junto con el equipo de auxiliares y enfermeras jefes que entregan y quienes reciben el servicio.
- Asistir a los profesionales de la salud tratantes en los procedimientos a fin de coadyuvar en la atención integral del paciente.
- Ejecutar el plan de actividades de enfermería teniendo en cuenta el tipo de paciente y su patología; pacientes de alta, mediana y baja complejidad realizando todas y cada una de sus actividades con ética y moral de acuerdo a la normatividad establecida para el ejercicio de la enfermería.
- Realizar la atención de ingreso, egreso y de traslado de pacientes de acuerdo a los protocolos institucionales y bajo la seguridad del paciente.
- Realizar las notas de enfermería en la historia clínica SISAP, PANEL DE ENFERMERIA Y KARDEX; en orden cronológico y de forma clara, amplia, coherentes, reales (manual o sistematizada) de la atención del cuidado básico diario (baño, cuidados de la piel, cambio de tendidos de unidad, asistencia a la alimentación, asistencia a la eliminación) realización de procedimientos, actividades e intervenciones; inherentes a su patología y estado actual.
- Mantener informado a la enfermera jefe sobre los procedimientos, exámenes realizados y cambios que observe en los pacientes, observando permanentemente su evolución, signos vitales, administración y balance de líquidos y estado general del mismo.
- Administrar y registrar la administración de los medicamentos, mezclas, transfusiones y tratamientos especiales bajo la supervisión de la Enfermera Profesional del turno.
- Realizar la movilización y traslado de pacientes de alto, mediano y bajo riesgo (cuando sea necesario la hará conjuntamente con el personal de enfermería del servicio).
- Adherirse y cumplir de forma permanente los protocolos del departamento de enfermería según el lugar asignado para el cumplimiento de sus funciones ejerciendo su profesión con ética y moral. Priorizando en todos los servicios el cumplimiento del protocolo de bioseguridad aplicando las medidas de asepsia y prevención de infecciones intra

hospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente, que asegure un ambiente sano y seguro a los pacientes.

- Participar en los programas docente asistenciales que desarrollo el hospital central, dirección de sanidad mediante los convenios con otros centros educativos o de formación.
- Dar cumplimiento y realizar seguimiento a las directivas institucionales que procedan para la prestación del servicio, participando activamente en las brigadas de salud programadas por la dirección de sanidad en aquellos sitios donde la entidad la requiera.
- Utilizar uniforme totalmente blanco, zapatos blancos de cuero antideslizante, toca, cabello recogido.
- Cumplir con el decálogo genérico para la atención al usuario, trato humanizado.
- El contratista se compromete a la adherencia a los protocolos institucionales, en especial a los referentes para la atención del SARS COVID II y en específico con la utilización estricta de los elementos de protección personal, distanciamiento social cuando este sea conveniente (consumo de alimentos, reuniones, entre otros).
- Cumplir con las obligaciones de tipo administrativo de los diferentes procesos que se llevan en el Hospital Central de la Policía y que le sean asignados.
- Participar en el planeamiento de acciones multidisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Realizar el proceso de archivo teniendo en cuenta y dando aplicación a la ley general de archivo de toda la documentación que le sea asignada.
- Responder PQRS y diseño del protocolo revisión de historias clínicas en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
- Colaboración en el proceso de depuración de las historias clínicas servicios de hospitalización.
- Realizar seguimiento al personal que se encuentra en teletrabajo, así como el cumplimiento de cada una de las actividades asignadas por el jefe de cada grupo.
- Realizar los procedimientos de limpieza y desinfección de las unidades médicas del paciente, star de enfermería, cuarto limpio, etc.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
Nombre: Monica Patricia Gutierrez Linares
Grado: Capitan
Cargo: Jefe Departamento Hocen
Cédula: 1121839659
Dependencia: Departamento De Enfermeria Hocen
Unidad: Direccion De Sanidad
Correo: monica.gutierrez1050@correo.policia.gov.co
27/10/2022 2:36:31 p. m.

Anexo: no

KR 59 26 21
Teléfono: 2202702
Hocen.enfer@policia.gov.co
www.policia.gov.co





APRES-GADSE - 29.25

Bogotá, D.C., 05 de julio de 2022

— Mayra Tatiana Múñoz G. Liscar ✓
— Dente ✓
— Enfermero Auxiliar ✓

Coronel
OLGA PATRICIA SALAZAR SANCHEZ
Director Hospital Central
Carrera 59 No 26-21 CAN
Bogotá

CT = Patricia Gutiérrez
27/10/2022
10:50

Asunto: respuesta comunicación oficial GS-2022-039493-DISAN modificación adecuación de volumen de talento humano asistencial

De manera atenta y respetuosa me permito remitir a mi Coronel, modificación a la proyección de necesidades de personal asistencial 2022 del Hospital Central teniendo en cuenta lo expuesto en el documento del asunto donde refiere ajuste de las horas/mes del perfil de médico especialista en medicina crítica y cuidado intensivo, teniendo en cuenta el promedio mes de pacientes que llegan a la unidad de cuidados intensivo adultos. A continuación, se describe la proyección de personal asistencial actualizada:

CONSTANCIA NECESIDADES DE PERSONAL ASISTENCIAL

No. 013 – V – AS

De acuerdo con lo establecido en el instructivo 018 DISAN – PLANE del 29 - 05 - 2020 "Metodología para el Cálculo Necesidades de Personal CNP Adecuación de Volumen y Cargas de Trabajo en la Dirección de Sanidad", se obtiene la proyección del talento humano asistencial, certificado por el Jefe del Área Gestión de Prestación Servicios de Salud "APRES", con ello el HOCEN conoce las necesidades de personal asistencial que requiere y le permite tomar decisiones efectivas en aras de optimizar, potencializar y garantizar el Talento Humano Institucional.

Lugar de prestación del servicio	Servicio ofertado	Perfil requerido	Total requerido en horas/día	Total Asistencial actual en horas/día		Total faltante en horas/día	Total faltante en horas/mes
				Uniformado	No uniformado		
Hospital Central	Anestesiología	Médico Especialista en Anestesiología	184	0	8	176	4180
Hospital Central	Audiología	Fonoaudiólogo Especialista en Audiología	20	0	12	8	190
Hospital Central	Banco de Sangre Pre Transfusión Sanguínea	Médico General	8	0	0	8	190
Hospital Central	Banco de Sangre Pre Transfusión Sanguínea	Auxiliar de Enfermería y/o Laboratorio Clínico	56	8	8	40	950
Hospital Central	Banco de Sangre Pre Transfusión Sanguínea	Bacteriólogo	100	0	26	74	1757.5
Hospital Central	Cardiología	Médico Especialista en Cardiología	60	0	0	60	1425
Hospital Central	Cardiología Pediátrica	Médico Especialista en Cardiología Pediátrica	3	0	0	3	71.25
Hospital Central	Cirugía de Cabeza y Cuello	Médico Especialista en Cirugía de Cabeza y Cuello	4	0	0	4	95

27/10/2022

Hospital Central	Cirugía de Mano	Médico Especialista en Cirugía de Mano	34	0	0	34	807,5
Hospital Central	Cirugía de Tórax	Médico Especialista en Cirugía de Tórax	4	0	0	4	95
Hospital Central	Cirugía General	Médico Especialista en Cirugía General	120	0	20	100	2372
Hospital Central	Cirugía Maxilofacial	Odentólogo Especialista en Cirugía maxilofacial	24	0	12	12	285
Hospital Central	Cirugía Mediana y Alta Complejidad	Médico General	120	0	4	116	2755
Hospital Central	Cirugía Mediana y Alta Complejidad Hospitalización Mediana y Alta Complejidad	Auxiliar Camillero	416	0	88	328	7790
Hospital Central	Cirugía Mediana y Alta Complejidad Proceso de Esterilización	Instrumentador Quirúrgico	200	8	24	168	3990
Hospital Central	Cirugía Mediana y Alta Complejidad Proceso de Esterilización	Auxiliar de Enfermería	136	0	88	48	1140
Hospital Central	Cirugía Mediana y Alta Complejidad Hospitalización Mediana y Alta Complejidad Hospitalización Obstétrica Mediana y Alta Complejidad Unidad de Cuidado Intensivo Adultos Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico Urgencias Adultos Mediana y Alta Complejidad Urgencias Ginecológicas Mediana y Alta Complejidad Urgencias Pediátricas Mediana y Alta Complejidad Vacunación	Enfermero	1232	40	162	1030	24452,5
Hospital Central	Cirugía Oncológica	Médico Especialista en Cirugía Oncológica	8	0	0	8	190
Hospital Central	Cirugía Pediátrica	Médico Especialista en Cirugía Pediátrica	24	0	4	20	475
Hospital Central	Cirugía Plástica	Médico Especialista en Cirugía Plástica	28	0	8	20	475
Hospital Central	Cirugía Oncológica Plástica	Médico Especialista en Cirugía Plástica Oncológica	4	0	0	4	95
Hospital Central	Cirugía Vasculuar	Médico Especialista en Cirugía Vasculuar	24	0	0	24	570
Hospital Central	Dermatología	Médico Especialista en Dermatología	4	0	0	4	95
Hospital Central	Dolor y Cuidados Paliativos	Médico Especialista en medicina del dolor y cuidados paliativos	12	0	0	12	285
Hospital Central	Endocrinología	Médico Especialista en Endocrinología	18	0	0	18	427,5
Hospital Central	Endocrinología Pediátrica	Médico Especialista en Endocrinología Pediatrica	8	0	0	8	190
Hospital Central	Estomatología	Odentólogo Especialista en Estomatología	6	0	0	6	142,5
Hospital Central	Fonoaudiología	Fonoaudiólogo	38	8	12	18	427,5
Hospital Central	Gastroenterología	Médico Especialista en Gastroenterología	36	0	4	32	760
Hospital Central	Ginecobstetricia Hospitalización Obstétrica Mediana y Alta Complejidad Urgencias Ginecológicas de Alta y Mediana Complejidad	Médico Especialista en Ginecobstetricia	150	0	36	114	2707,5
Hospital Central	Hematología	Médico Especialista en Hematología	4	0	0	4	95
Hospital Central	Hematoncología	Médico Especialista en Hematología Oncológica	6	0	0	6	142,5

Hospital Central	Nutrición y Dietética	Nutricionista Dietista	42	0	6	36	855
Hospital Central	Odontología Especializada	Auxiliar de Odontología	30	16	0	14	332,5
Hospital Central	Oftalmología	Médico Especialista en Oftalmología	102	0	20	82	1947,5
Hospital Central	Oncología	Médico Especialista en Oncología	4	0	0	4	95
Hospital Central	Oncología Pediátrica	Médico Especialista en Oncología Pediátrica	6	0	0	6	142,5
Hospital Central	Ortopedia y Traumatología	Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología	122	0	28	94	2232,5
Hospital Central	Otorrinolaringología	Médico Especialista en Otorrinolaringología	84	0	8	76	1805
Hospital Central	Pediatría Hospitalización Obstétrica Mediana y Alta Complejidad Urgencias Pediátricas	Médico Especialista en Pediatría	198	0	8	190	5700
Hospital Central	Proctología	Médico Especialista en Coloproctología	8	0	0	8	190
Hospital Central	Psicología	Psicólogo	32	0	8	24	570
Hospital Central	Psiquiatría	Médico Especialista en Psiquiatría	34	0	0	34	807,5
Hospital Central	Radiología e Imágenes diagnósticas de Mediana y Alta complejidad	Médico Especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas	24	0	0	24	570
Hospital Central	Radiología e Imágenes diagnósticas de Mediana y Alta complejidad	Técnico o Tecnólogo en Radiología e Imágenes Diagnósticas	24	0	0	24	570
Hospital Central	Reumatología	Médico Especialista en Reumatología	8	0	4	4	95
Hospital Central	Terapia Física y Rehabilitación	Terapeuta Físico	112	8	8	96	2260
Hospital Central	Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	30	0	6	24	570
Hospital Central	Terapia Respiratoria	Terapeuta Respiratorio	344	0	32	312	7410
Hospital Central	Terapia Respiratoria	Auxiliar de Enfermería	24	0	0	24	570
Hospital Central	Trabajo Social	Trabajador Social	100	0	24	76	1805
Hospital Central	Unidad de Cuidado Intensivo Adultos	Médico Especialista en medicina crítica y cuidado intensivo	48	0	0	48	1440
Hospital Central	Urgencias Adultos Urgencias Ginecológicas Mediana y Alta Complejidad	Médico Especialista en Medicina de urgencias	24	0	0	24	570
Hospital Central	Urgencias Adultos Urgencias Pediátricas Urgencias Ginecológicas Mediana y Alta Complejidad	Médico General	512	0	12	500	11875
Hospital Central	Urología	Médico Especialista en Urología	68	0	20	48	1140
Hospital Central	Urología Pediátrica	Médico Especialista en Urología pediátrica	4	0	0	4	95
Hospital Central	Programa Hospital en casa	Médico General	80	0	0	80	1900
Hospital Central	Programa Hospital en casa	Enfermero	80	0	0	80	1900
Hospital Central	Programa Hospital en casa Transporte Asistencial Básico	Auxiliar de Enfermería	80	0	0	80	1900
Hospital Central	Programa Hospital en casa	Terapeuta Físico	80	0	0	80	1900
Hospital Central	Programa Hospital en casa	Terapeuta Respiratorio	80	0	0	80	1900
Hospital Central	Programa Hospital en casa	Trabajador Social	6	0	0	6	142,5

Hospital Central	Hematología Pediátrica	Médico Especialista en Hematología Oncológica Pediátrica	14	0	0	14	332,5
Hospital Central	Hemodinamia	Médico Especialista en Hemodinamia	4	0	0	4	95
Hospital Central	Hospitalización Mediana y Alta Complejidad	Médico General	298	0	16	282	6697,5
Hospital Central	Hospitalización Mediana y Alta Complejidad Unidad de Cuidado Intensivo Adultos Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico Urgencias Adultos Urgencias Pediátricas Urgencias Ginecológicas Mediana y Alta Complejidad Urología Vacunación	Auxiliar de Enfermería	3272	504	544	2224	52820
Hospital Central	Infectología	Médico Especialista en Infectología	12	0	0	12	285
Hospital Central	Laboratorio Clínico Mediana Complejidad	Auxiliar de Enfermería y/o Laboratorio Clínico	80	0	24	56	1330
Hospital Central	Laboratorio Clínico Mediana Complejidad Toma de Muestras de Laboratorio Clínico	Bacteriólogo	150	0	24	126	2992,5
Hospital Central	Laboratorio de Citología Cérvico Uterina Laboratorio de Histotecnología Laboratorio de Patología	Citohistotecnólogo	48	0	8	40	950
Hospital Central	Laboratorio de Patología	Auxiliar de Enfermería	24	0	16	8	190
Hospital Central	Laboratorio de Patología	Médico Especialista en Patología	48	0	20	28	665
Hospital Central	Laboratorio de Patología	Auxiliar Camillero	8	0	0	8	190
Hospital Central	Medicina Física y Rehabilitación Electrodiagnóstico	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	30	0	0	30	712,5
Hospital Central	Medicina Interna	Médico Especialista en Medicina Interna	176	0	12	164	3895
Hospital Central	Medicina Nuclear	Bacteriólogo	12	0	0	12	285
Hospital Central	Medicina Nuclear	Auxiliar Camillero	8	0	0	8	190
Hospital Central	Medicina Nuclear	Auxiliar de Enfermería	12	0	0	12	285
Hospital Central	Medicina Nuclear	Tecnólogo en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico	24	0	0	24	570
Hospital Central	Medicina Nuclear	Médico Especialista en Medicina Nuclear	12	0	0	12	285
Hospital Central	Nefrología	Médico Especialista en Nefrología	28	0	0	28	665
Hospital Central	Nefrología Pediátrica	Médico Especialista en Nefrología Pediátrica	6	0	0	6	142,5
Hospital Central	Neonatología Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico	Médico Especialista en Neonatología	24	0	0	24	720
Hospital Central	Neumología	Médico Especialista en Neumología	36	0	0	36	855
Hospital Central	Neumología Pediátrica	Médico Especialista en Neumología Pediátrica	12	0	0	12	285
Hospital Central	Neurocirugía	Médico Especialista en Neurocirugía	46	0	12	34	807,5
Hospital Central	Neurofisiología	Médico Especialista en Neurofisiología	6	0	0	6	142,5
Hospital Central	Neurología	Médico Especialista en Neurología	68	0	0	68	1615
Hospital Central	Neurología Pediátrica	Médico Especialista en Neurología Pediátrica	12	0	4	8	190
Hospital Central	Neuropsicología	Psicólogo Especialista en Neuropsicología	6	0	0	6	142,5
Hospital Central	Nutrición y Dietética Lactario	Auxiliar de Enfermería	32	0	0	32	760

La fuente para determinar el total de talento humano de planta, uniformado y no uniformado es la base de datos del grupo de talento humano de la DISAN, la cual es remitida a APRES y el listado de personal remitido por el Hospital Central para realizar la actualización de la constancia.

Los datos de talento humano: requerido, existente en planta (uniformado - no uniformado) y el faltante se expresan para cada perfil y servicio; la información de la columna titulada "total horas día faltantes" corresponde a las horas que la UPRES tiene disponibles para contratar. Es responsabilidad del HOCEN determinar su distribución en personas de dos (2), cuatro (4), seis (6) y ocho (8) horas día entre otras, según la necesidad.

Se expide la presente de acuerdo a comunicado oficial GS-2022-039493-DISAN enviado por el señor Teniente Coronel Juan Pablo Blanco, la cual corresponde a la quinta modificación y tiene vigencia hasta el 31 - 12 - 2022.

Reviso y aprobó la adecuación de volumen de personal asistencial. Coronel Olga Patricia Salazar Sánchez
Directora Hospital Central

Elaborado Metodológicamente por: Capitán Cindy Lorena Martínez Quintero
Responsable Talento Humano Hospital Central

Revisado Metodológicamente por: SM18 María Carolina Martínez Barcha
APRES-GADSE

Atentamente,




Firmado digitalmente por:
Nombre: Marleny Velandia Gomez
Grado: Mayor
Cargo: Jefe Area Gestion De Prestacion Servicios De Salud
Cédula: 52214758
Dependencia: Area Gestion De Prestacion Servicios De Salud
Unidad: Direccion De Sanidad
Correo: marleny.velandia@correo.policia.gov.co
5/07/2022 11:14:53 a. m.

Anexo: no

Calle 44 50-51 CAN piso 5
Teléfono: 5804400 Ext: 7424 - 7423
disan.agesa@policia.gov.co
www.policia.gov.co




INFORMACIÓN PÚBLICA

Página: 1 de 1	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR- 0046		
Fecha: 25-01-2021	FORMATO REVISIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS	
Versión: 1		

HOSPITAL CENTRAL- POLICIA NACIONAL

Fecha: 26 Octubre 2022			
Lugar: Bogotá, – Hospital Central			
No. Consecutivo _____ No. SISCO: 476120			
Objeto: Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como: TECNICO ASISTENCIAL –AUXILIAR DE ENFERMERIA			Valor: \$ 9.885.619,00
MODALIDAD DE CONTRATACION: Contratación Directa Prestación de servicios profesionales.			
FUNCIONARIO – UNIDAD QUE PRESENTA EL ESTUDIO PREVIO: Capitán MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES – Supervisor Del Contrato – Departamento De Enfermería – Hospital Central De La Policía.			
OBSERVACIONES DEL ESTUDIO PREVIO:			
FUNCIONARIO QUE PARTICIPA EN LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO.			
CARGO	GRADO	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Responsable proceso (unidad dueña necesidad)	Capitán	MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES	
Analista de contratos (quien revisa)			
Jefe area o grupo contratacion			
Jefe grupo precontractual (unidad)			
Asesor juridico unidad (quien aprueba el estudio previo)			
PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO			
FECHA		VALOR	\$ 9.885.619,00
GRADO	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
Capitán	MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES	Jefe Departamento de Enfermería	

Página 1 de 16	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 01/03/2022	ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
VERSIÓN: 9		

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

Bogotá, 26 de Octubre 2022

I. 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 Técnico Asistencial –Auxiliar de Enfermería.								
1.2 VALOR ESTIMADO	El total del contrato para la vigencia 2022 Corresponde a dos millones novecientos siete mil quinientos treinta y cinco pesos, moneda corriente (\$ 2.907.535,00) y para la vigencia 2023 corresponde a seis millones novecientos setenta y ocho mil, ochenta y cuatro pesos, moneda corriente (\$ \$ 6.978.084,00).								
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	Valor total
	1	26- 10 - 2022	1618	Hocen	16	Auxiliar enfermería	50	\$1.744.521,00	\$ 2.907.535,00
	2	26- 10 - 2022	195	Hocen	16	Auxiliar enfermería	120	\$1.744.521,00	\$ 6.978.084,00
	Total								
1.4 CLASE DE CONTRATO	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión ó para la ejecución de trabajos artísticos, que solo puedan encomendarse a determinadas personas naturales.								
1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES	Título: AUXILIAR DE ENFERMERIA Experiencia Laboral Cero (0): Según la Resolución 300 del 24 Junio 2022.								

1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN

El Hospital Central Policía Nacional requiere la contratación de Técnico Asistencial –Auxiliar de Enfermería. Teniendo en cuenta que la enfermería es un proceso transversal que se encuentra inmerso en el desarrollo y ejecución de los procedimientos de atención en salud, como parte del direccionamiento estratégico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, encontrando entre otros los siguientes procedimientos; apoyo clínico, apoyo terapéutico, atención en consulta externa, ayudas diagnósticas y terapéuticas, hospitalización y hotelería hospitalaria, asistencia en procedimientos quirúrgicos, asistencia en procedimientos y atención de urgencias. Considerando el incremento en las actividades de atención por parte del Departamento de Enfermería del Hospital Central en los diferentes servicios como son: el servicio de hospitalización con pacientes pediátricos, pacientes adultos hombres y mujeres de medicina interna pacientes en hospitalización quirúrgicos, pacientes de ginecología maternas por parto por cesárea y alto riesgo medicina interna, servicios de urgencias ayudas diagnósticas, consulta externa, unidades de cuidado intensivo adulto pediátrico, neonatal y programas especiales. Tomando en consideración que la prestación del servicio de enfermería debe adelantarse en condiciones de calidad, eficiencia enfocada en la seguridad hacia el paciente teniendo en cuenta el incremento de usuarios en los diferentes servicios, las problemáticas de la demanda se considera que las formas para atender o resolver esta problemática será a través de la contratación de este servicio profesional. Se requiere adelantar la contratación de los servicios de un auxiliar de enfermería para prestar atención en salud, de acuerdo a las necesidades de la entidad y conforme a los lineamientos y protocolos del Departamento de Enfermería con ética y calidad en el ámbito ambulatorio y hospitalario, inherente a la atención de III nivel a fin de garantizar la segura, adecuada y oportuna atención de los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional adscritos al Hospital Central. El Hospital Central no cuenta con los medios para satisfacer esta necesidad, por lo que la forma de satisfacerla es mediante la contratación del servicio a través de un tercero; mediante oficio GS-2022-035627-DISAN, que trata del presupuesto para la contratación y se encuentra incluido en el plan anual de adquisiciones del Departamento de Enfermería del Hospital Central de la Policía Nacional.

SERVICIO	PERFIL REQUERIDO	TOTAL REQUERIDO	TOTAL PLANTA ASISTENCIAL		TOTAL FALTANTE HORAS
		EN HORAS DIA	UNIFORMADO	NO UNIFORMADO	A CONTRATAR
HOSPITALIZACION MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO					

Página 2 de 16	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 01/03/2022	ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
VERSIÓN: 9		

2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

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

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

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

CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

- Los factores de verificación técnica están descritos en el Anexo ficha técnica de condiciones técnicas del presente estudio previo.

2.2 EXPERIENCIA PROPONENTE

Título: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Experiencia

Experiencia Laboral Cero (0), SEGÚN la Resolución 300 del 24 Junio 2022.

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

2.3 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

Título: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Experiencia


Experiencia Laboral Cero (0), SEGÚN la Resolución 300 del 24 Junio 2022.

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.

Página 3 de 16	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 01/03/2022	ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
VERSIÓN: 9		

3. CONDICIONES DEL CONTRATO

3.1 LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La prestación del servicio como **TÉCNICO ASISTENCIAL –AUXILIAR DE ENFERMERÍA**. Se realizará en el Hospital Central de la Policía Nacional ubicado en la carrera 59 No. 26 - 21 CAN, Unidad Médica BG. Edgar Yesid Duarte Valero ubicado en la carrera. 68 b bis # 26-58, Dirección de Sanidad Policía Nacional ubicado en la calle 44 #50-51.

3.2 FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Se realizará cumpliendo con las obligaciones establecidas en el estudio previo "obligaciones del contratista enumeradas en la ficha técnica, 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 por cincuenta (50) días para la vigencia 2022 y ciento veinte (120) días para la vigencia 2023.

VIGENCIA	DIAS	VALOR POR MES	VALOR TOTAL
2022	50	\$1.744.521,00	\$ 2.907.535,00
2023	120	\$1.744.521,00	\$ 6.978.084,00
TOTAL			\$ 9.885.619,00

3.4 FORMA DE PAGO

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

- 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.
- Copia Planilla de pago de aportes al Sistema de seguridad Social en Salud, pensión y ARL
- Copia del RIT (Registro de información Tributaria), la cual deberá ser allegada únicamente para el primer pago.
- 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.

Página 4 de 16	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 01/03/2022	ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
VERSIÓN: 9		

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

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 presente Estudio y Documentos Previos



Capitán **MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES**
Cedula de Ciudadanía 1.121.839.659
JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



- 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.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS



ESTIMACION, TIPIFICACION, ASIGNACION DE RIESGOS Y DETERMINACION DE GARANTIAS

POLICÍA NACIONAL

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 PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 3 AÑOS 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 CIEN 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 APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ (10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS A POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UNO (1%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD ESTA SANCION SE 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 DEVIDADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO DECLARATORIA CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS



ANALISIS DEL RIESGO Y FORMA DE MITIGARLO

POLICÍA NACIONAL

• Z	Clase	Fuente	Etapas	Tipo	Descripción (Qué puede pasar y, cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación total	Prioridad	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	¿Cómo se realiza el monitoreo?	Monitoreo y revisión	Periodicidad ¿Cuándo?
1																				
2																				
3																				

ANÁLISIS E IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

NR O.	CLAS E	FUENTE	ETAPA	TIPO	DESCRIPCION	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 antes 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.



1. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

**TÉCNICO ASISTENCIAL –
AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

Título AUXILIAR DE ENFERMERIA

Experiencia Labora Cero: SEGÚN LA RESOLUCIÓN 300
DEL 24 JUNIO 2022.

1. HORAS PRESTACION DE SERVICIOS Y HONORARIOS

No.	Denominación	Horas Prestación Servicio			Honorarios Mes
		Día	Semana	Mes	
1	TÉCNICO ASISTENCIAL – AUXILIAR DE ENFERMERÍA	8	44	190	\$1.744.521,00

2. ACTIVIDADES PROGRAMADA

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


ACTIVIDADES ASISTENCIAL	UNIDAD DE MEDIDA	HORAS SEMANA
Hacer el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo institucional y a la hora establecida por la institución para tal fin junto con el equipo de auxiliares y enfermeras jefes que entregan y quienes reciben el servicio.	Auditoría	2
Asistir a los profesionales de la salud tratantes en los procedimientos a fin de coadyuvar en la atención integral del paciente.	Acompañamiento	2
Ejecutar el plan de actividades de enfermería teniendo en cuenta el tipo de paciente y su patología; pacientes de alta, mediana y baja complejidad realizando todas y cada una de sus actividades con ética y moral de acuerdo a la normatividad establecida para ejercicio de la enfermería.	Informe	2
Realizar la atención de ingreso, egreso y de traslado de pacientes de acuerdo a los protocolos instituciones y bajo la seguridad del paciente	Gestión	3
Realizar las notas de enfermería en la historia clínica SISAP, PANEL DE ENFERMERIA Y KARDEX; en orden cronológico y de forma clara, amplia, coherentes, reales (manual o sistematizada) de la atención del cuidado básico diario (baño, cuidados de la piel, cambio de tendidos de unidad, asistencia a la alimentación, asistencia a la eliminación) realización de procedimientos, actividades e intervenciones; inherentes a su patología y estado actual.	Gestión	2
Mantener informado a la enfermera jefe sobre los procedimientos, exámenes realizados y cambios que observe en los pacientes, observando permanentemente su evolución, signos vitales, administración y balance de líquidos y estado general del mismo.	Informe	1



Administrar y registrar la administración de los medicamentos, mezclas, transfusiones y tratamientos especiales bajo la supervisión de la Enfermera Profesional del turno.	Informe	3
Realizar la movilización y traslado de pacientes de alto, mediano y bajo riesgo (cuando sea necesario la hará conjuntamente con el personal de enfermería del servicio).	Acompañamiento	3
Adherirse y cumplir de forma permanente los protocolos del departamento de enfermería según el lugar asignado para el cumplimiento de sus funciones ejerciendo su profesión con ética y moral; priorizando en todos los servicios el cumplimiento del protocolo de bioseguridad aplicando las medidas de asepsia y prevención de infecciones intra hospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente, que asegure un ambiente sano y seguro a los pacientes.	Informe	2
Participar en los programas docente asistenciales que desarrollo el hospital central, dirección de sanidad mediante los convenios con otros centros educativos o de formación.	Informe	2
Dar cumplimiento y realizar seguimiento a las directivas institucionales que procedan para la prestación del servicio, participando activamente en las brigadas de salud programadas por la dirección de sanidad en aquellos sitios donde la entidad la requiera.	Acompañamiento	3
Utilizar uniforme totalmente blanco, zapatos blancos de cuero antideslizante, toca, cabello recogido.	Informe	3
Cumplir con el decálogo genérico para la atención al usuario. trato humanizado.	Acompañamiento	2
El contratista se compromete a la adherencia a los protocolos institucionales, en especial a los referentes para la atención del SARS COVID II y en específico con la utilización estricta de los elementos de protección personal, distanciamiento social cuando este sea conveniente (consumo de alimentos, reuniones, entre otros).	Auditoria	1



Cumplir con las obligaciones de tipo administrativo de los diferentes procesos que se llevan en el Hospital Central de la Policía y que le sean asignados.	Informe	2
Participar en el planeamiento de acciones multidisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.	Informe	2
Realizar el proceso de archivo teniendo en cuenta y dando aplicación a la ley general de archivo de toda la documentación que le sea asignada	Acompañamiento	2
Responder PQRS y diseño del protocolo revisión de historias clínicas en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.	Gestión	2
Colaboración en el proceso de depuración de las historias clínicas servicios de hospitalización.	Acompañamiento	2
Realizar seguimiento al personal que se encuentra en teletrabajo, así como el cumplimiento de cada una de las actividades asignadas por el jefe de cada grupo.	Informe	1
Realizar los procedimientos de limpieza y desinfección de las unidades medicas del paciente, star de enfermería, cuarto limpio, etc.	Informe	2

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

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



1. Cumplir con el objeto contractual.
2. El contratista deberá suscribir las pólizas, según lo 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.
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.
11. Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera.
12. Ejercer su profesión con moral y ética.
13. Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales.
14. Rendir los informes que la DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL requiera dentro de los plazos determinados.
15. Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar y emitir los conceptos que se requieran.
16. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular, responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida, que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros...)



17. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.
18. Si durante la ejecución del contrato surgen INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES, el contratista deberá informar al Supervisor del contrato ya la Dirección del Hospital, para adelantar el trámite correspondiente.
19. Cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato, el Contratista deberá presentar al supervisor del mismo un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el término de su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las actividades del objeto contractual.
20. El CONTRATISTA se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA).
21. De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2482 de 2010 en su artículo 8, una vez puesto en marcha el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP, el CONTRATISTA deberá incluir la información requerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
22. El contratista se compromete a tener usuario registrado ante la plataforma SECOP II (Colombia Compra Eficiente) y mantenerlo activo, con el fin de aceptar digitalmente los contratos, adiciones y/o modificaciones que le sean enviados por la entidad estatal Hospital Central, así mismo deberá subir las pólizas para ser aprobadas por la Entidad estatal en el momento en que se le requiera.
23. Hacer el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo institucional y a la hora establecida por la institución para tal fin junto con el equipo de auxiliares y enfermeras jefes que entregan y quienes reciben el servicio.
24. Asistir a los profesionales de la salud tratantes en los procedimientos a fin de coadyuvar en la atención integral del paciente.
25. Ejecutar el plan de actividades de enfermería teniendo en cuenta el tipo de paciente y su patología; pacientes de alta, mediana y baja complejidad realizando todas y cada una de sus actividades con ética y moral de acuerdo a la normatividad establecida para el ejercicio de la enfermería.
26. Realizar la atención de ingreso, egreso y de traslado de pacientes de acuerdo a los protocolos institucionales y bajo la seguridad del paciente.
27. Realizar las notas de enfermería en la historia clínica SISAP, PANEL DE ENFERMERIA Y KARDEX; en orden cronológico y de forma clara, amplia, coherentes, reales (manual o sistematizada) de la atención del cuidado básico diario (baño, cuidados de la piel, cambio de tendidos de unidad, asistencia a la alimentación, asistencia a la eliminación) realización de procedimientos, actividades e intervenciones; inherentes a su patología y estado actual.
28. Mantener informado a la enfermera jefe sobre los procedimientos, exámenes realizados y cambios que observe en los pacientes, observando permanentemente su evolución, signos vitales, administración y balance de líquidos y estado general del mismo.
29. Administrar y registrar la administración de los medicamentos, mezclas, transfusiones y tratamientos especiales bajo la supervisión de la Enfermera Profesional del turno.
30. Realizar la movilización y traslado de pacientes de alto, mediano y bajo riesgo (cuando sea necesario la hará conjuntamente con el personal de enfermería del servicio).
31. Adherirse y cumplir de forma permanente los protocolos del departamento de enfermería según el lugar asignado para el cumplimiento de sus funciones ejerciendo su profesión con ética y moral. Priorizando en todos los servicios el cumplimiento del protocolo de bioseguridad aplicando las medidas de asepsia y prevención de infecciones intra hospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente.



OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

32. Participar en los programas docente asistenciales que desarrollo el hospital central, dirección de sanidad mediante los convenios con otros centros educativos o de formación.
33. Dar cumplimiento y realizar seguimiento a las directivas institucionales que procedan para la prestación del servicio, participando activamente en las brigadas de salud programadas por la dirección de sanidad en aquellos sitios donde la entidad la requiera.
34. Utilizar uniforme totalmente blanco, zapatos blancos de cuero antideslizante, toca, cabello recogido.
35. CUMPLIR CON EL DECALOGO GENERICO PARA LA ATENCION AL USUARIO. TRATO HUMANIZADO.
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. Cumplir con las obligaciones de tipo administrativo de los diferentes procesos que se llevan en el Hospital Central de la Policía y que le sean asignados.
38. Participar en el planeamiento de acciones multidisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
39. Realizar el proceso de archivo teniendo en cuenta y dando aplicación a la ley general de archivo de toda la documentación que le sea asignada.
40. Responder PQRS y diseño del protocolo revisión de historias clínicas en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
41. Colaboración en el proceso de depuración de las historias clínicas servicios de hospitalización.
42. Realizar seguimiento al personal que se encuentra en teletrabajo, así como el cumplimiento de cada una de las actividades asignadas por el jefe de cada grupo.
43. Realizar los procedimientos de limpieza y desinfección de las unidades médicas del paciente, star de enfermería, cuarto limpio, etc.

9. Se verificó 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" (bajo consentimiento informado firmado por el oferente).

10. Se verificó y se 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 debe tener una vigencia superior a tres (3) años en cumplimiento de la Resolución 37/10 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

11. Se verificó y se anexa copia del carnet de vacunas (verificado dentro del examen ocupacional).


12. Se solicitó el estudio de seguridad a la Seccional de Inteligencia correspondiente, mediante comunicación oficial, respuesta que está sujeta a lo hallado por la SIPOL- MEBOG e informado a la Dirección del HOCEN.


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

15. Se verificó que el profesional tiene definida su situación militar (Hombre menor de 50 años).

La anterior verificación se realiza al señor (a) **MENDOZA LISCANO MAYRA TATIANA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **1.010.213.809**. Por parte de esta dependencia se certifica que cumple con la idoneidad y la experiencia necesarias para cumplir con las diferentes actividades como: **Técnico Asistencial –Auxiliar de Enfermería**.

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. A los _____ (_____) días del mes _____ del _____


Psicóloga **LEYDI YAMILE ROSERO TORO**
Responsable Proceso Selección de Personal


PS13 **HILDA EDITH BLANCO JIMENEZ**
Responsable Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo HOCEN


Intendente **TORRES PLAZAS CARLOS ALBERTO**
Responsable (E) Talento Humano HOCEN

Carrera 59 # 26 – 21 CAN Bogotá
Fecha Realizado: 17/11/21
Teléfonos: 5804401
www.policia.gov.co

2BS-FR-0004
01/03/2022

aprobación:
Versión:9

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 Policia 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 No. 300 del 24/06/2022 "Por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratistas de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión de la Dirección de Sanidad". Así mismo se determinó lo siguiente:

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

- Copia del diploma y acta de grado de bachiller (auxiliar, técnico, tecnólogo y profesional).
- Copia del diploma y acta de grado del técnico, tecnólogo, pregrado y tarjeta profesional (cuando aplique).
- Diploma y acta de grado de la especialización
- Diploma y acta de grado de la supra especialización (cuando aplique).
- Certificación de experiencia (cuando aplique).

2. Se verificó la 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 (cuando aplique).

3. Se verificó la inscripción del oferente en el SIGEP, se orientó para la actualización de la información correspondiente y se aprobó la Hoja de Vida, así mismo se ejerció el control para que diligencie los requerimientos establecidos por la Función Pública en el aplicativo en mención de conformidad con el instructivo No. 026 del 11 de junio del 2014 DIPON-DIRAF.

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

5. Se verificó que se encuentra vigente y anexa copia del curso de: **soporte vital básico** (personal de enfermería jefe y auxiliares de enfermería del hocen, excepto camilleros) y/o curso de **soporte vital avanzado** (personal de enfermería jefe y médicos generales de urgencias). **Los cuales deben ser actualizados a su vencimiento.**

6. Se verificó que se encuentra vigente y anexa copia de: **Certificación de Código Blanco - Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género** (personal asistencial de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización). **Los cuales deben ser actualizados a su vencimiento.**

7. Se verificó que se encuentra vigente y anexa copia Certificación de Curso: **Atención Integral en Salud a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos** (personal asistencial de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización). **El cual debe actualizarse a su vencimiento.**

8. Se consultó que a la fecha no tiene antecedentes disciplinarios, penales, administrativos, fiscales y/o contravencionales. (Se anexa certificado de la consulta por la página Web de la Policía Nacional, Procuraduría, Contraloría y Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas RNNC).

Bogotá, D.C., 07 de octubre de 2022

Mayor
LEONARDO ESPINAL GRANADA
Director (E) Hospital Central Policía Nacional.
Bogotá, D.C.

Respetado Señor (a) Mayor

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad HOSPITAL CENTRAL mis servicios como AUXILIO DE ENFERMERIA para tal efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad.

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

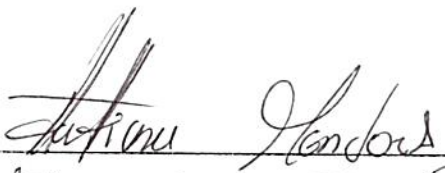
En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea notificado a la
DIRECCION: calle 101 A SUR # 14-51
CORREO ELECTRONICO: TATTAMENDOZA123@GMAIL.COM
TELEFONO: 321 213 96 82

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,



CC.. 10102138001 DE Bogota

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.213.809**

MENDOZA LISCANO

APELLIDOS

MAYRA TATIANA

NOMBRES

Mayra Mendoza

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1994**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

A+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

21-MAR-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00903311-F-1010213809-20170508

0055299904A 3

9999781805



SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso Periódico Retiro Post incapacidad Caso ocupacional
 Control Reubicación Ingreso al SVE Trabajo en alturas

Fecha 07/10/2022 10:18:00 Empresa PARTICULAR

Nombre MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

Doc. Identidad CC 1010213809



EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL		
1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 OPTOMETRIA, VISIOMETRIA	3 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]
4 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO	5 COLESTEROL TOTAL	6 TRIGLICÉRIDOS
7 GLUCOSA, ESPIROMETRIA, ENFASIS DERMATOLOGICO	8 HEMOGRAMA IV	9 GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO

Aptitud	EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL				EXAMEN PERIÓDICO		
	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Apto para el cargo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplazado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere restricciones de actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto con restricciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere reubicación laboral temporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere reubicación laboral permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para participar en la brigada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXAMEN DE RETIRO		
					Sospecha de enfermedad Profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Enfermedad Común	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
 Visual Auditivo Respiratorio Cardiovascular Psicosocial Ergonómico Otros

REMISIÓN SI NO ARL SI NO EPS SI NO

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
 Dra Solandy E. Ortiz
 M.D Laboral
 RMO 4788/2015
 U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
 Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
 CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Mayra Tatiana Mendoza Liscano

Trabajador: MAYRA TATIANA MENDOZA
 CC 1010213809

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica



SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

ESTRICCIONES FISICAS APARENTES PARA EL CARGO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA
ROL POR OPTOMETRIA DE LA EPS PARA VERIFICAR FORMULA VISUAL
ACION AL PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN
ABAJO (SG-SST) Y CUMPLIENDO LAS NORMAS DE (SG-SST) PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL
R CLARIDAD DE LAS LABORES A REALIZAR
ICER Y APLICAR ADECUADAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD QUE MANEJE LA ENTIDAD
CITACION EN RIESGOS LABORALES Y RIESGOS DE CAIDA EN LOS SITIOS DE TRABAJO
DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS COMO GAFAS, GUANTES TAPABOCAS Y DE SER NECESARIO

R POSICIONES INCOMODAS O POCO ERGONOMICAS EN EL PUESTO DE TRABAJO
JRA DE TRABAJO SEGURO
AS VISUALES CADA 3 HORAS SI ESTA EXPUESTO A PERMANECER PROLONGADAMENTE FRENTE A UN EQUIPO DE COMPUTO
NE POSTURAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS SANOS
AS ACTIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES, MANEJO DE ESTRÉS PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO
ANSO DE MIEMBROS INFERIORES AL TERMINAR LABOR PARA PREVENIR VARICES
ALECIMIENTO DE LOS MUSCULOS DE LA ESPALDA Y EL ABDOMEN
ENER UN SUEÑO REPARADOR DE 8 HORAS COMO MÍNIMO.
ENERSE DE TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LAS HORAS ANTERIORES A SU
AJO
ICER Y APLICAR ADECUADAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD .
LLEVAR UNA VIDA SALUDABLE CON DIETA BAJA EN GRASAS Y HARINAS

RMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE PRESENTE Y QUE LE LIMITE TRABAJAR
QUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL
DO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE
IDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.

LTADOS
ENES DE LABORATORIO GLICEMIA Y PERFIL LIPIDICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

OMUSCULAR SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR

EN DE OPTOMETRIA NO REQUERIMIENTO DE CORRECCION VISUAL CON SENSIBILIDAD AL CONTRASTE NORMAL CONTROL POR
METRIA DE LA EPS

VELA 1 DOSIS 2020
ENZA 1 DOSIS 2022
IDE TETANICO TIENE 2 DOSIS LA QUE SE APLICA EN EL EMBARAZO Y TRES 2012,2013,2020
IE AMARILLA NO
MPION RUBEOLA 1 DOSIS 2022
TITIS B 3 DOSIS MAS REFUERZO EN EL 2019
TITIS A 1 DOSIS 2020
E VIRAL 1 DOSIS 2019

SOLANDY EUGENIA ORTIZ
Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

MAYRA TATIANA MENDOZA

Trabajador: MAYRA TATIANA MENDOZA
CC 1010213809

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica



SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: CII 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

VACUNA DEL COVID SEGÚN HOJAS ENTREGADAS UNA DOSIS

ENFASIS DERMATOLOGICO NORMAL, LO CUAL NO SIGNIFICA QUE CON EL TRANSCURRIR DE LOS AÑOS PUEDA DESARROLLAR ALGUNA PATOLOGIA QUE COMPROMETA LA PIEL.

ENFASIS RESPIRATORIO CON EXAMEN DENTRO D ELIMITES NORMALES Y ESPIROMETRIA NORMAL

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

SOLANDY EUGENIA ORTIZ
Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Dirección: CII 27 SUR No 19 - 19

Trabajador: MAYRA TATIANA MENDOZA
CC 1010213809

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Teléfono: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744
Email: menricardo19@hotmail.com



ESPIROMETRÍA

Fecha examen: 11/10/2022

Nombre MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO

Edad 28 años

Fecha Nacimiento 14/03/1994 00:00:00 Sexo M F Ocupación: 5104

Teléfono: 3212134682

PERSONALES

- Asma Rinitis Disnea Bronquitis TBC TOS EPOC
 Expectoración Otros EN LA NIÑEZ
 Practica deporte Si No Otros Frecuencia
 Fumador Si No Cigarrillos al día Tiempo que dejó de fumar

FAMILIARES

- Asma Rinitis TOS Bronquitis TBC EPOC
 Cancer pulmonar Parentesco NIEGA

LABORALES

- Polvo Gas Vapores Solvente Neblina Tóxicos
 Otros Tiempo de exposición 2 AÑOS
 Últ. Empresa donde laboró SUBRED SUR Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA EPP

- Normal Restrictiva Mixta Obstructiva Control

OBSERVACIONES

- Dejar de fumar Remitir a EPS Otros NINGUNA
 Bajar de peso Ingreso al PVF
 Realizar actividad física Espirometría actual
 Uso de protección respiratoria CAP. en conservación respiratoria

VALORES OBTENIDOS

CVF	3,34	VEMS	3,01	VEMS/CVF	90,1%	PEF	7,47	FEF75	4,77
FEF50	6,70	FEF25	7,15	FEFMAX		ELA	28	FEV3	3,34

2018 OTROS EXAMENES ESPECIALES ESPECIFICADOS
 2018 OTROS EXAMENES ESPECIALES ESPECIFICADOS

ESPIROMETRÍA

- Apto No apto

OBSERVACIONES

NINGUNA

Monica Zulay Jimenez Lopez
 MONICA ZULAY JIMENEZ LOPEZ
 FISIOTERAPEUTA
 Exp. en Prevención de Riesgos Laborales,
 Licencia en SO. No. 1983

MONICA ZULAY JIMENEZ LOPEZ
 Especialidad: FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL
 CC: 52423176 RM: LIC1953

Fecha de visita 11/10/2022

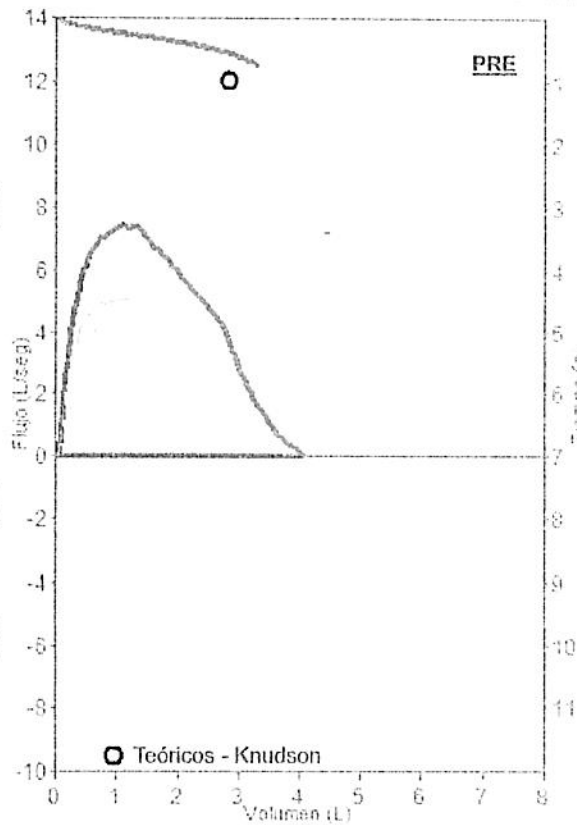
ID 1010213809
 Apellido MENDOZA LISCAN Edad 28
 Nombre MAYRA TATIANA Género Femenino
 Fecha de nacimi 14/04/1994 Altura, cm 157
 Grupo étnico Caucásico Peso, kg 68
 Fumador No fumador Paquetes/Añ
 Grupo de pacien

Interpretación

Espirometría normal

Informe médico

ESPIROMETRIA PARAMETROS NORMALES, SE RECOMIENDA USO DE EPP RESPIRATORIO, CONTROL ANUAL



Impreso por winspirom 1.0.4.2.0 - 11/10/2022 10:28:32 - Mod.C11

Daños PRE prueba 11/10/2022 10:27:46

Parámetros	BTPS 1,092 25°C - 77°F	Teór.	PRE	%Teór.	POST	%Teór.	%Camb.	PRE#1	PRE#2	PRE#3
Mejores valores de todas las curvas										
FVC	L	3,30	3,34	101				3,34	3,09	
FEV1	L	2,86	3,01	105				3,01	2,75	
FEV1/FVC	%	87,7	90,1	103				90,1	89,0	
PEF	L/s	6,26	7,47	119				7,47	5,27	
Valores de la mejor curva										
FEF2575	L/s	3,44	4,53	132				4,53	4,08	
FEF25	L/s	5,92	7,15	121				7,15	4,92	
FEF50	L/s	3,93	6,70	170				6,70	5,27	
FEF75	L/s	1,84	4,77	259				4,77	4,32	
FEV3	L	3,22	3,34	104				3,34	3,09	
FET	s	6,00	2,16	36				2,16	2,40	
FVC	L	3,30								
FIV1	L	2,86								
FIV1/FVC	%	87,7	0,0	0				0,0	0,0	
PIF	L/s	6,26								
ELA	años	28	28					28	34	
VC	L									
IVC	L									
FEV1/VC	%									
ERV	L									
IC	L									
EVol	mL		60							

Informa de calidad **D**

Firma

Instrumento usado
 Spirobank G-USB S/N 803098





SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

CALLE 27 SUR # 19 - 19 Teléfono: 4087000, 4072406

ENFASIS DERMATOLOGICO

Identificación CC 1010213809

Nombre MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO

Edad 28 Años

Entidad PARTICULAR - PARTICULAR

Fecha 11/10/2022 11:01:00

PACIENTE MUJER DE 28 AÑOS

CON EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES SOLO EVIDENCIO UNA CICATRIZ QUELOIDE QUE NO TIENE RELEVANCIA

LO CUAL NO SIGNIFICA QUE CON EL TRANSCURRIR DE LOS AÑOS PUEDA DESARROLLAR ALGUNA PATOLOGIA QUE COMPROMETA LA PIEL.

RECOMENDACIONES:

USO DE TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS PARA EL CARGO
USO DE PROTECTOR SOLAR A DIARIO DOS O TRES VECES AL DIA SI PERMANECE AL AIRE LIBRE
EVITAR CONSUMIR ALIMENTOS PREPARADOS EN LA CALLE, EVITAR EL CONSUMO EXCESIVO DE ALIMENTOS PROCESADOS.

EVITAR CONTACTO DIRECTO CON QUIMICOS, JABONES O DESINFECTANTES INDUSTRIALES.

UTILIZAR CREMA HUMECTANTE Y/O VASELINA TODOS LOS DIAS

ASISTIR A LA EPS EN CASO DE PRESENTAR LESIONES A NIVEL DE PIEL QUE PRODUZCAN RASQUIÑA, DESCAMACION O ENROJECIMIENTO.

MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO
C.C 1010213809

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL



Policia Nacional
Direccion de sanidad

FORMATO (G) SELECCION DE PERSONAL INFORME FINAL

Macroproceso DISAN: Administrador Gestión del Talento Humano	Proceso: Gestión del Talento Humano
Elaboro: PS. ENRIQUE LUENGAS SOTELO	Actividad: Selección y Vinculación de Personal
Reviso: ST. DIANA MARCELA RIVEROS ARDILA	Fecha de emisión: 10/01/07
Aprobó: MY. SONIA DEL PILAR MORENO C.	Fecha última actualización : 02/02/09

DATOS GENERALES

REQUERIMIENTO: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA: SEPTIEMBRE DEL 2022
UNIDAD: HOCEN	HORAS A CONTRATAR: 8
NOMBRE DEL OFERENTE: MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1010213809
PROFESIÓN: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	EDAD: 28 AÑOS
CONTRATO PARA: DEPARTAMENTO ENFERMERIA HOCEN	DISPONIBILIDAD DE TIEMPO: 8 HORAS

CONCEPTO PRUEBAS PSICOLOGICAS

PRUEBAS APLICADAS WARTEGG Y FIGURA HUMANA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES HASTA EL DÍA DE HOY CUMPLIENDO PERFIL REQUERIDO. A LA FECHA SE OBSERVÓ ESTABLE EMOCIONALMENTE. NIEGA ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS QUE PUEDAN AFECTAR SU PROCESO DE ADAPTACIÓN AL MEDIO. NIEGA ANTECEDENTES LEGALES, PENALES U OTROS QUE PUEDAN AFECTAR EL BIENESTAR INSTITUCIONAL.

RESULTADOS

CONCEPTO TECNICO:	CUMPLE
PROFESIONAL DE APOYO:	Capitán MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES Jefe Departamento de Enfermería, Jefe EDDY PEREZ PACHECO Coordinadora Departamento de Enfermería, Psicóloga MARIA ISABEL ACOSTA VARGAS Y Psicóloga LEYDI YAMILE ROSERO TORO Responsables Proceso de Selección.
PUNTAJE	PUNTAJE OBTENIDO
PUNTUACION PRUEBA DE CONOCIMIENTOS	40,00 50%
PUNTAJE Y CONCEPTO ENTREVISTA:	24,00 30%
PUNTAJE EN ANALISIS DE HOJA DE VIDA	8,00 20%
TOTAL	72,00 100%

CONCEPTO EVALUACIÓN: APROBO

OBSERVACIONES:

CAPITAN MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES
Jefe Departamento de Enfermería

JEFE EDDY PEREZ PACHECO
Coordinadora Departamento de Enfermería

LEYDI YAMILE ROSERO TORO
Responsable de Selección HOCEN

Elaborado por: Psicóloga LEYDI YAMILE ROSERO TORO

FORMATO (F) VALORACION DE HOJA DE VIDA

Proceso: Gestión del Talento Humano
 Actividad: Selección y Vinculación de Personal
 Fecha de emisión: 10/01/07
 Fecha última actualización : 02/02/09

SELECCIÓN No. 95 | FECHA: SEPTIEMBRE DEL 2022

REQUERIMIENTO: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

NOMBRES Y APELLIDOS: MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO

DOC. DE IDENTIFICACIÓN: 1010213809

CARGO QUE ASPIRA: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

UNIDAD QUE REQUIERE: HOCEN (Departamento de Enfermería)


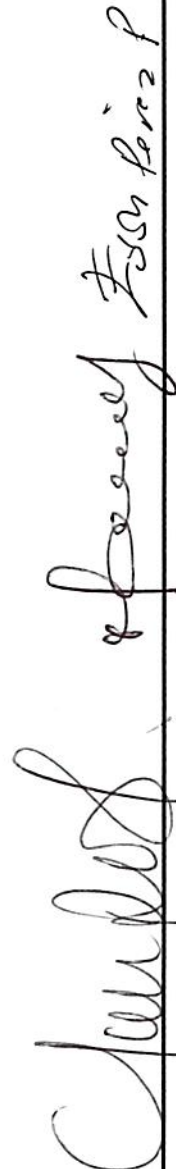

VALORACION HOJA DE VIDA	ESTUDIOS REALIZADOS	PUNTAJE OBTENIDO
3	Cursos acordes con el perfil requerido	3
4	Diplomado acorde con el perfil requerido	
5	Especialización	
VALOR ITEM	EXPERIENCIA	
1	1 A 2 AÑOS	1
2	2 A 4 AÑOS	
3	4 AÑOS A MAS	
	TOTAL	4

[Firma]
 Capitán MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES
 Jefe Departamento de Enfermería

[Firma]
 Jefe EDDY PEREZ PACHECO
 Coordinador Departamento De Enfermería

[Firma]
 Psicóloga LEYDI YAMILE ROSERO TORO
 Responsable de Selección HOCEN

Valor en el proceso 20%

 <p>Policía Nacional</p> <p>Dirección de Sanidad</p>		<p>FORMATO (C) CALIFICACION</p>	
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 CHICUAZUQUE			
<p>NOMBRE: MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO</p> <p>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1010213809</p> <p>CARGO QUE ASPIRA: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA</p> <p>UNIDAD: HOCEN</p>			
<p>PERFIL: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA</p>		CUMPLE	
		SI	NO
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>EXPERIENCIA: BASADA EN LA RESOLUCION No. 300 DE 24 DE JUNIO DEL 2022</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	
<p>PUNTAJE PRUEBA ESCRITA:</p>			8,00
<p>OBSERVACIÓN: APROBO</p>			
<p>ANTECEDENTES CON LA DIRECCION DE SANIDAD:</p> <p style="text-align: center;">NINGUNO</p>			
			
<p>PROFESIONAL RESPONSABLE DE EMITIR CONCEPTO, JEFE EDDY PEREZ PACHECO Coordinadora Departamento de Enfermería, PS. MARIA ISABEL ACOSTA VARGAS Y LEYDI YAMLER ROSERO TORO responsables proceso de selección HOCEN</p>			
			
<p>V.B. JEFE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA</p>			



OS: MAYRA LISCANO 14
CN: 12345 Tm.



Buscar...

Inicio | Mis registros | Configuraciones de perfil | Ir a

Inicio → Configuraciones de perfil

Id de página: [Ver](#) [Ayuda \(?\)](#)

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

información del usuario

Género: Mujer
 Cargo: auxiliar de enfermería
 Título: Sra.
 Nombre: mayra tatiana
 Apellidos: mendoza liscano
 Fecha de Nacimiento: 03/14/1994 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
 Nombre y apellido: mayra tatiana mendoza liscano
 Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
 Número de documento: 1010213809
 Dirección: Calle 101 A sur 14 51
 Código postal: 111112
 Estrato: 2
 Ubicación: Bogotá
 País: COLOMBIA
 Correo electrónico: Tattamendoza123@gmail.com
 Teléfono:
 Celular: 3212134682
 Nivel Educativo: Uno o más años de técnica o tecnológica



Configuración

zona horaria: (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
 Idioma: Español (Colombia)
 Configuración regional: Español (Colombia)

seguridad de la información

pregunta de seguridad: ¿Cual es tu apodo?
 Respuesta: mayra tatiana mendoza liscano
 SMS para recuperar la contraseña: 3212134682

AUTORIZACION CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

El(la) suscrito(a) NAYRA Tatiana Mendosa Iscano identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 1010213809 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 de edad que administra el Ministerio de Defensa- Policía Nacional de Colombia de manera previa a mi proceso de selección y/o eventual celebración del 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 el tratamiento de mis datos se realizar 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 07 () de octubre de 2022

Nombre Nayra Tatiana Mendosa Iscano
Firma [Firma manuscrita]
Cedula 1010213809

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:46:35 horas del 14/10/2022, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1010213809**,

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.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>

CERTIFICADO DE NO ESTAR INCURSO (A) EN PROCESOS DE CARÁCTER ALIMENTARIO.

Yo YANIRA TATIANA MENDOZA LISCAÑO,
identificado (a) con cedula de ciudadanía Numero 1010213809, por medio del
presente escrito manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que **NO** tengo
conocimiento sobre demandas de carácter alimentario en mi contra, como también
expreso que a la fecha **NO** estoy incurso (a) en procesos por alimentos.

Además, manifiesto que en evento de que surja una condena de esta naturaleza en mi
contra, cumpliré con mis obligaciones de familia, para lo cual saldré al saneamiento de
dicha sentencia, como lo estipula el Artículo 6° Numeral 1 de la Ley Estatutaria 2097
de 2021.

El presente testimonio espontaneo y voluntario, se realiza de acuerdo con lo fijado en
el artículo 7 del decreto ley 019 de 2012; y se expide a los 7 días del mes octubre
del 2022, con destino al Hospital Central Policía Nacional.

Firma Yanira Tatiana Mendoza Liscaño
CC. 1010213809



CENTRO DE EDUCACIÓN LABORAL

"El Conocimiento Eficaz"

Registro ICFES
088583

Inscripción Dane
311001108960.

Acta Individual de Grado

Resolución No. 2700 del 25 de Agosto de 1999 Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

NIT- 19454644-0

LOS SUSCRITOS DIRECTOR GENERAL, RECTORA Y SECRETARIA DEL CENTRO DE EDUCACIÓN LABORAL, EXPIDEN ACTA DE GRADO DEL ESTUDIANTE:

Mayra Tatiana Mendoza Liscano

C.C. 1.010.213.809 de Bogotá

En la ciudad de Bogotá, D.C., se reunieron los suscritos Director General, Rectora y Secretaria del Centro de Educación Laboral, Institución aprobada por la Secretaria de Educación del Distrito Capital en los niveles de Educación Básica y media Académica, autorizada para otorgar el Título de Bachiller Académico, con el fin de formalizar la graduación del estudiante antes mencionado del Ciclo lectivo Especial Integrado Dos, de acuerdo con el Decreto 3011 de 1997, de quien se comprobó la situación legal y académica. De la evaluación de todo lo anterior se concluyó que el estudiante *p*uede recibir el título de Bachiller Académico, a quien el Director General tomó juramento y le hizo entrega del diploma correspondiente, debidamente firmado y sellado, así como la presente acta con los sellos de la Institución. Acto que se llevó a cabo en el Auditorio de la Gobernación de Cundinamarca, Bogotá.

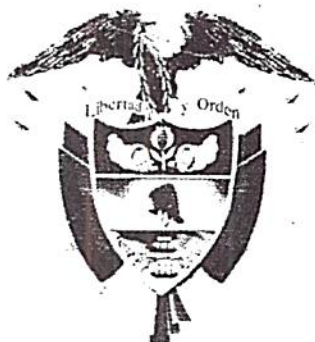
Dado en Bogotá, D.C. a los 4 días del mes de Julio de 2015, Acta 33

Firmada y Sellada por :



Centro de Educación
Laboral
Rectora

Centro de Educación Laboral
Secretaria



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

EL CENTRO DE EDUCACIÓN LABORAL

"El Conocimiento Eficaz"

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C. según Resolución de Aprobación No. 2700 del 25 de Agosto de 1999

Confiere a:

Mayra Tatiana Mendoza Liscano
 C.C. 1.010.213.809 de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica (Artículo 28 Ley 115 de 1.994) según los planes y programas vigentes.



[Firma]
 Director General

Centro de Educación
 Laboral
 Rectoría

[Firma]
 Rectora

[Firma]
 Secretaría

Registrado en el Libro Interno No. 4 Folio No. 47 Acta No. 33
 Dado en Bogotá, D.C., A los 4 días del mes de Julio de 2015

"No requiere registro, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por



[Faint, illegible text]

[Faint, illegible text]

[Faint, illegible text]

[Faint, illegible text]

[Faint, illegible text]

[Faint, illegible text]

[Faint, illegible text]

[Large block of faint, illegible text at the bottom of the page]





LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

“FUSDESA”

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el ministerio de salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO

C.C. 1.010.213.809 DE BOGOTÁ D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Nancy Galindo Gómez

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA



Pedro Nel Pérez Ardila

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Dado en Bogotá, D.C. a los 08 Días del Mes de Julio de 2020
Anotado en el Folio 888 Del libro 7 del Registro de FUSDESA.



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

“FUSDESA”
FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el ministerio de salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 048

ACTA INDIVIDUAL N° 888

En Bogotá D.C. a los 08 días del Mes de Julio del año 2020
MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO
Identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° 1.010.213.809 de Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 888 del Libro 07 del Registro de FUSDESA



NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA



PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADEMICO

ReTHUS

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

Tipo de Identificación * Número de Identificación * Primer Nombre *

Cedula de Ciudadanía 1010213809 mayra

Primer Apellido * Confirme los números de la Imagen *

mendoza 3 84 9

5695

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2022-10-04--5:26:07 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación:	
CC	1010213809	MAYRA	TATIANA	MENDOZA	LISCANO	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) MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO identificado(a) con CC 1010213809 registra La siguiente Información:

2022-10-04--5:26:07 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2020-11-16	17909	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

Resolución No A17909 del día 16 del mes de Noviembre del año 2020
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión/ocupación en el Territorio Nacional.
LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO Identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010213809, solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión/ocupación TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA orgado por FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN FUSDESA, el día 2020-07-08, con el acta 888, registrado en el libro 07, Folio 888, año 2020.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010213809, para ejercer la profesión/ocupación de TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010213809, quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: Notifíquese electrónicamente el contenido de la presente Resolución a MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO , identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010213809, o a quien haga sus veces, haciéndole saber que, contra misma sólo procede el recurso de reposición ante esta Dirección, el cual deberá interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación electrónica, por medio de la plataforma virtual mediante la cual se llevó a cabo el trámite inicial o por escrito.

NOTIFIQUESE, Y CÚMPLASE Dada en Bogotá, D.C. a los 16 días del mes de Noviembre del año 2020



Subdirector (a) Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud (E).
Código de verificación: otEj9YrOiz



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:48:27 PM horas del 07/10/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1010213809**

Apellidos y Nombres: **MENDOZA LISCANO MAYRA TATIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8.00 am a 12.00 pm y 2.00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-ato@policia.gov.co)

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 206847802



WEB
16:47:24
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 de octubre 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) MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010213809:

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)

ATENCIÓN :

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

LA 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 07 de octubre de 2022, a las 16:45:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010213809
Código de Verificación	1010213809221007164556

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

Generó: WEB

CGR





Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 07/10/2022 04:43:27 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1010213809** y Nombre: **MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO.**

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. **43561875** . 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



**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:

MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.213.809**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 10 de Octubre 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 COMPLETO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Mendoza		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Liscano		NOMBRES Mayra Tatiana	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1010213809			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAIS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NUMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 14 MES 03 AÑO 1994			CALLE 101 SUR - 14 51		
PAIS COLOMBIA		DEPTO BOGOTA			
DEPTO HUILA		MUNICIPIO BOGOTA			
MUNICIPIO NEIVA		TELÉFONO 3212134682		EMAIL tattamendoza123@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1	2	3	4	5	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2015
										<input checked="" type="checkbox"/>				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
PRESENCIAL	gerscol	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	curso de soporte vital basico	10	2022
PRESENCIAL	gerscol	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	soporte vital avanzado	10	2022
PRESENCIAL	FUSDESA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR DE ENFERMERÍA	07	2020
PRESENCIAL	cidor	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	auxiliar de archivo	11	2019

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

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

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
PRESA O ENTIDAD RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ		MUNICIPIO BOGOTÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3900		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	01	Mes	02	Año	2022	Día	17	Mes	07	Año	2022
TIPO O CONTRATO ACTUAL AJUAR AREA DE SALUD		DEPENDENCIA AREA PYP VACUNACION					DIRECCIÓN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
PRESA O ENTIDAD M MEDICINA DOMICILIARIA			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ		MUNICIPIO BOGOTÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3930		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	15	Mes	07	Año	2021	Día	17	Mes	09	Año	2021
TIPO O CONTRATO ACTUAL AJILIAR ADMINISTRATIVA		DEPENDENCIA AJILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 49 - 93 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
PRESA O ENTIDAD ESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ		MUNICIPIO BOGOTÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 673550		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	19	Mes	11	Año	2019	Día	17	Mes	11	Año	2020
TIPO O CONTRATO ACTUAL YO AJILIAR ENFERMERIA		DEPENDENCIA A TERMINO FIJO					DIRECCIÓN CALLE 10B - 81F 20						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
PRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA ECONOMIA SOCIAL - IPES			PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ		MUNICIPIO BOGOTÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3030		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	12	Mes	12	Año	2012	Día	18	Mes	11	Año	2016
TIPO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA A TERMINO FIJO					DIRECCIÓN CALLE 73 - 11 66						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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:	
ÁREA 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	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	1

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 14 octubre 2022

Aurora Henao

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA **REPÚBLICA DE COLOMBIA**
FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA
Policia Nacional

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO: Mayra Tatiana Mendoza Iscano

IDÉNTIFICADO CON: C.C. C.E. OTRO No. 1010213809 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN Bogotá

DIRECCIÓN: Calle 101 A Sur # 14-51 TELÉFONOS: 3212134682

MUNICIPIO: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Gloria Isabel Iscano</u>	<u>26.425.442</u>	<u>mamá</u>
<u>EMILYE Tatiana Moreno</u>	<u>1028668046</u>	<u>HIJA</u>
<u>Samuel David Millán</u>	<u>1016732441</u>	<u>HIJO</u>
<u>Noa Morela Mendoza</u>	<u>1028675083</u>	<u>HIJO</u>

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 INTERMUESTA 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	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	<u>550.000.00</u>
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	<u>1.000.000</u>
TOTAL	<u>1.550.000.00</u>

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
<u>Bancolombia</u>	<u>AHORROS</u>	<u>14307100-43</u>	<u>C197C1119</u>	<u>1000</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
<u>VEHICULO Moto</u>	<u>C2M 10E</u>	<u>8.000.000</u>

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	

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
SERVICIOS PARTICULARES DE ENFERMERIA	PERSONAL

3. FIRMA


 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá 7. octubre - 2022
 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

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

2.TIPO DE DOCUMENTO

- | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 2.1 Cédula de Ciudadanía | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.4 Otro Tipo de Documento | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Cédula de Extranjería | <input type="checkbox"/> | 2.5 Pasaporte | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Número de Identificación Tributaria | <input type="checkbox"/> | 2.6 Tarjeta de Identidad | <input type="checkbox"/> |

NUMERO DEL DOCUMENTO

1 0 1 0 2 1 3 8 0 . 9

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3.TIPO DE RETENCION

- | | | | |
|--|--------------------------|--|-------------------------------------|
| 3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente | <input type="checkbox"/> | 3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro | <input type="checkbox"/> | 3.6 Régimen Común | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Gran contribuyente Autoretenedor | <input type="checkbox"/> | 3.7 Régimen Simplificado | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor | <input type="checkbox"/> | | |

4.NOMBRE O RAZON SOCIAL

Mayra Tatiana Mendoza Lucano

5.PAIS

Colombia

6.CIUDAD

Bogotá

7.TELEFONO Y FAX

3212134682

8.DIRECCION

Calle 101 Apto 14-81

9.E-MAIL

Tatamendoza123@gmail.com

4. INFORMACION DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA Bancolombia

2.NUMERO DE LA CUENTA 14307100-43

3.CLASE DE CUENTA CORRIENTE AHORROS

ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 7/ octubre 2022

Tatiana Mendoza
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA

Bogotá, 07 de octubre de 2022

Señores
A QUIEN INTERESE
Ciudad

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que el Señor(a) **MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO** con Cedula de ciudadanía **1.010.213.809** a la fecha de expedición de esta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	Fecha de apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	141-307100-43	2022/01/06	ACTIVA

El manejo de este (los) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con **BANCOLOMBIA**.

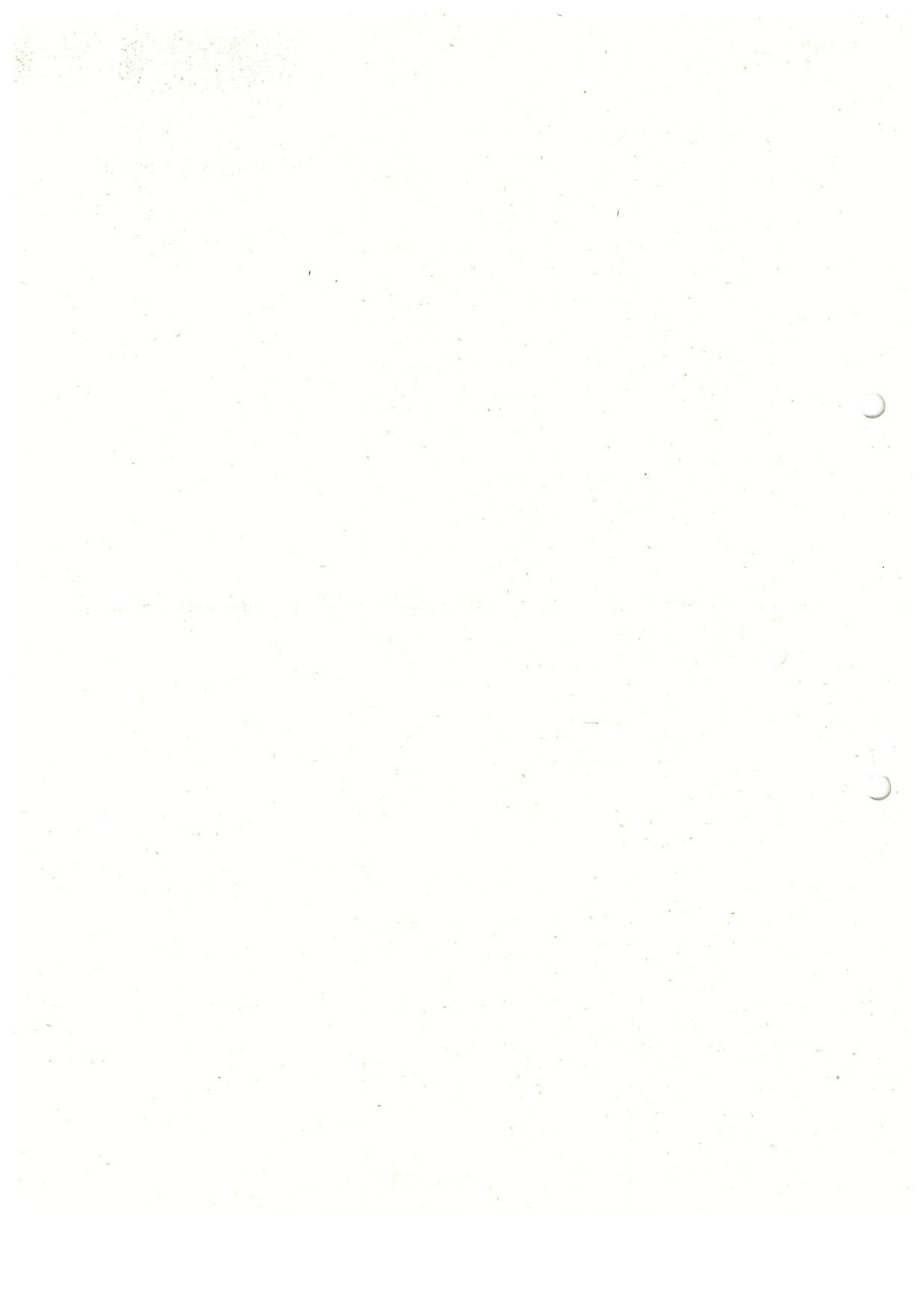
Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 7477136 ext. 141 de Bogotá o en nuestras sucursales de todo el país.

Atentamente,



LIZETH PAOLA BECERRA MUÑOZ
Asesora Multisegmento
Bancolombia Mercantil (141)

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



2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

1480711019



(415)7707212489984(8020) 000001480711019 3

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición COLOMBIA 28. País 1 6 9 29. Departamento Bogotá D.C. 30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 1 1 0

31. Primer apellido MENDOZA 32. Segundo apellido LISCANO 33. Primer nombre MAYRA 34. Otros nombres TATIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal CR 4 C 52 B 44 SUR BRR LA PAZ

42. Correo electrónico tattamendoza123@gmail.com

43. Código postal 44. Teléfono 1 3 2 1 9 7 9 1 6 1 8 45. Teléfono 2

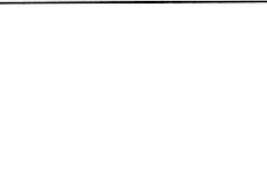
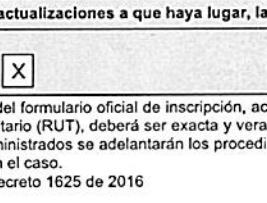
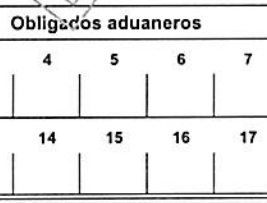
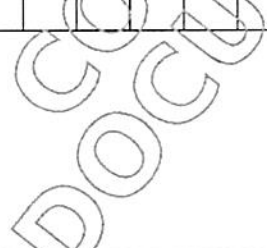
CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimiento
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1		
8 6 9 2	2 0 2 2, 0 1 1 9	8 2 1 1	2 0 1 2 1 1 0 8				

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

53 - No responsable de IVA



Obligados aduaneros										Exportadores					
54. Código										55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
												57. Modo			
												58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2022 - 01 - 21 / 10 : 43: 10

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 MENDOZA LISCANO MAYRA TATIANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

JORGE ENRIQUE PULIDO FLOREZ

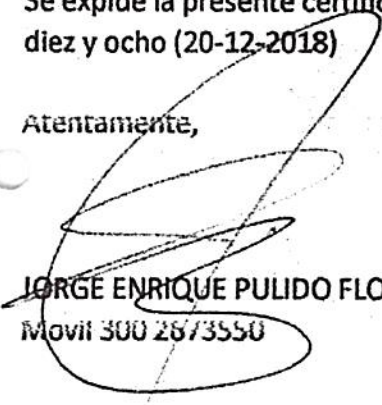
Certifica

Que:

- 1.- Conozco a la señora MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO identificada con cédula 1010213809 quien tiene un carro de comidas rápidas en la que tiene "venta de perros calientes"
- 2.- Hace doce (12) meses le suministro paquetes de salchicha para la elaboración de las comidas rápidas denominadas "perros calientes".
- 3.- El suministro y cantidades es variable dependiendo de sus necesidades dentro del rol de su negocio.
- 4.- Que se expide la presente certificación a solicitud de la interesada y para los fines pertinentes que ella considere del caso.

Se expide la presente certificación a los veinte y ocho días del mes de diciembre de dos mil diez y ocho (20-12-2018)

Atentamente,


JORGE ENRIQUE PULIDO FLOREZ
Movil 300 2673550



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL

CO-OPS-FT-22 V1

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) MENDOZA LISCANO MAYRA TATIANA ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,010,213,809 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	1458 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$4,547,700
FECHA DE INICIO	30/01/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	30/04/2022
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA

OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1). Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. 3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. 5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los veintisiete(27) días del mes de Abril de 2022.

Cordialmente,

RUTH STELLA ROA

Directora Operativa de Contratación - Dirección de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

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

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

6. Apellidos y nombres: Mendoza liscano Mayra Tatiana
 7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 1010213809 9. Sexo: Femenino Masculino 10. Fecha de nacimiento: 14/03/1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Suria 12. Discapacidad: Tipo Condición 13. Puntaje SISBÉN: B1 14. Grupo de población especial: OSME 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: POVENIR 16. Administradora de pensiones: CONDINAMA
 17. Ingreso base de cotización - IBC: 3212346 18. Residencia: Calle 101 A SUR 14 - 51 Teléfono fijo: 3212346
 Correo electrónico: Tattamendoza123@gmail.com Zona Urbana Rural

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: Mendoza liscano Mayra Tatiana
 20. Tipo de documento de identidad: 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	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino
B1	<u>Maria</u>	<u>Mendoza</u>	<u>NOA</u>	<u>1028675083</u>	<u>B. CIVIL</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	<u>Millean</u>	<u>Mendoza</u>	<u>DAVID</u>	<u>106732441</u>	<u>TRAJETA I.</u>	<input type="checkbox"/>
B3						
B4						
B5						

28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad		32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC adicional (a registrar por)
D	D	F	N	T	P	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1	<u>29/07/2020</u>	<u>Hijo</u>	<u>X</u>			<u>BOGOTÁ D.C</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>CONDINAMAICA</u>	<u>321234682</u>
B2	<u>27/01/2014</u>	<u>Hijo</u>	<u>X</u>			<u>BOGOTÁ D.C</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>CONDINAMAICA</u>	<u>321234682</u>
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Cot. B Código de la IPS (a registrar por la EPS):
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
 35. Nombre o razón social: 36. Tipo de documento de identificación:
 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:
 1. Modificación datos básicos de identificación
 2. Corrección datos básicos de identificación
 3. Actualización documento de identidad
 4. Actualización y corrección de datos complementarios
 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código:
 6. Reinscripción en la EPS
 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
 10. Terminación de la 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: 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: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:
 Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad: Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: D | D | M | M | A | A | A | A | 42. Fecha: D | D | M | M | A | A | A | A
 43. EPS anterior: 44. Motivo de traslado: 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y 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 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.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: [Firma]
 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

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

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

Tipo de trámite

Afiliación: aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

Reporte de novedades: aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación al cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo(s) de novedades relacionadas en el campo 40.

Tipo de afiliación

Individual: la opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el abeja de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.

Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

Colectiva: la opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, gremios o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

Institucional: la opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

De oficio: la opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Arrecales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúsa a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

Régimen:

Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

Tipo de afiliado:

Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

Cotizante: aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.

Cabeza de familia: aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

Beneficiario: es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

Tipo de cotizante:

Marque con una X la opción que corresponda:

Dependiente: si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

Independiente: si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que asume en la totalidad.

Pensionado: si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud y encuentra a su cargo.

Código: este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.

Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.

Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agrupación o congregación religiosa.

Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.

Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.

Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.

Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del Artículo 2.1.4.2 del Decreto 780 de 2016.

Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.

Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.

Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Autorizada o Entidad responsable para la afiliación colectiva institucional

Cód.	Descripción del Tipo de Documento
CN	Certificado de Nacimiento Vivo , es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	Registro Civil de Nacimiento , es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	Tarjeta de Identidad , es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	Cédula de Ciudadanía , es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	Cédula de Extranjería , es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	Pasaporte , es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	Carné Diplomático , es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	Salvoconducto de Permanencia , es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad:

Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:

Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia:

En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

Cód.	Etnia
01	Indígena
02	Rrom (gitano)
03	Raizal (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

12. Discapacidad:

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia 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 la opción: T: Temporal P: Permanente.

13. Puntaje SISBÉN:

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo de población especial:

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla.

Cód.	Grupo Poblacional
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF.
08	Población desmovilizada.
09	Víctimas del conflicto armado.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena.
18	Población Rrom.
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

17. Ingreso Base de Cotización - IBC:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia:

Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.

- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, o ambos)
- Correo electrónico

- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia

- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante.

Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero (a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad:

Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

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

En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres:

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad:

Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad:

Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento:

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios

29. Parentesco:

En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Cód.	Parentesco	Descripción Parentesco
CY	Cónyuge	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañera(o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho.
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
	Los hijos del cónyuge o	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del

**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 | A | A | A | A

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

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

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: Femenino Masculino
 10. Fecha de nacimiento: D | D | M | M | A | A | A | A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

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: 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	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1	Maria	Hernandez	Nora	Delicia	1028673083	P. CIVIL		<input checked="" type="checkbox"/>
B2	Milkin	Hernandez	Sandra	Delicia	106732441	T. JETD T		<input checked="" type="checkbox"/>
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad		32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EI)
	D	D			F	N	M	T	P	Municipio / Distrito	
B1	2	9	0	Hijo			Bogota DC	X		Condinamarca	3212134682
B2	2	7	0	Hijo			Bogota DC	X		Condinamarca	3212134682
B3											
B4											
B5											

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:
 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:
 1. Modificación datos básicos de identificación
 2. Corrección datos básicos de identificación
 3. Actualización documento de identidad
 4. Actualización y corrección de datos complementarios
 5. Terminación de la inscripción en la EPS
 6. Reinscripción en la EPS
 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
 10. Terminación de la 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: 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:
 Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad:
 Sexo: Femenino Masculino
 Fecha de nacimiento: D | D | M | M | A | A | A | A
 42. Fecha: D | D | M | M | A | A | A | A
 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.
 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 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.

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

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 compañera(o) 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 4° grado de consanguinidad o 2° 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 residen 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 precooperativas 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 vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia

Numero	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 como 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 como 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 corresponde 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:

- 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 sucrita por el empleador. La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPECA 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 45 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 está 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 compañera (n) 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 está 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 tuviera.
- 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 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 A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EP)
			5. Tipo de cotizante: A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad: 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: Tipo F M Condición T P

13. Puntaje SISBÉN: 14. Grupo de población especial: 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: 16. Administradora de pensiones:

17. Ingreso base de cotización - IBC: 18. Residencia: Calle: No. Zona Urbana Rural

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: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

20. Tipo de documento de identidad: 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	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad		32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EP)			
	D	M			F	N	M	T	P	Municipio / Distrito		Zona Urbana	Rural	Departamento
B1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selección de la IPS Primaria

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:

37. Número del documento de identificación: 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):

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

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad: Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: D D M M A A A A

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.

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 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.

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 acta 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 hacia 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 periodo 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 Insciba 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.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de la

Código	Motivos para el traslado
01	Por ejercicio de la libre elección
02	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia 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 anexoarlo.
- 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 acta 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 periodo de manencia.

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 pre-pensionado.
 - 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 dependencia 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/los 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 aplopcción o acta de entrega del menor.
- 61.** Copia de la orden judicial o del acta 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 acta 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 Sisben:

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

- Número de la ficha Sisben
- Puntaje
- Nivel Sisben (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 Sisben 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-



SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

CALLE 27 SUR # 19 - 19 Teléfono: 4087000, 4072406

ENFASIS DERMATOLOGICO

Identificación CC 1010213809

Nombre MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO

Edad 28 Años

Entidad PARTICULAR - PARTICULAR

Fecha 11/10/2022 11:01:00

PACIENTE MUJER DE 28 AÑOS

CON EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES SOLO EVIDENCIO UNA CICATRIZ QUELOIDE QUE NO TIENE RELEVANCIA

LO CUAL NO SIGNIFICA QUE CON EL TRANSCURRIR DE LOS AÑOS PUEDA DESARROLLAR ALGUNA PATOLOGIA QUE COMPROMETA LA PIEL.

RECOMENDACIONES:

USO DE TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS PARA EL CARGO

USO DE PROTECTOR SOLAR A DIARIO DOS O TRES VECES AL DIA SI PERMANECE AL AIRE LIBRE

EVITAR CONSUMIR ALIMENTOS PREPARADOS EN LA CALLE, EVITAR EL CONSUMO EXCESIVO DE ALIMENTOS PROCESADOS.

EVITAR CONTACTO DIRECTO CON QUIMICOS, JABONES O DESINFECTANTES INDUSTRIALES.

UTILIZAR CREMA HUMECTANTE Y/O VASELINA TODOS LOS DIAS

ASISTIR A LA EPS EN CASO DE PRESENTAR LESIONES A NIVEL DE PIEL QUE PRODUZCAN RASQUIÑA, DESCAMACION O ENROJECIMIENTO.

MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO
C.C 1010213809

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL

CERTIFICA QUE:

Mayra Tatiana Mendoza Liscano

Identificado(a) con N° de Documento.

C.C: 1.010.213.809

Asistió al programa correspondiente a:

CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una duración de **48** horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.


Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Expedido el día : 12-10-2022

Vigencia hasta el día : 12-10-2024


Alejandro Forero Vujacacha
Director General



CERTIFICA QUE:

Mayra Tatiana Mendoza Liscano

Identificado(a) con N° de Documento.

C.C: 1.010.213.809

Asistió al programa correspondiente a:

CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO (RCP)

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


Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Expedido el día : 12-10-2022

Vigencia hasta el día : 12-10-2024


Alejandro Forero Viracacha
Director General



CERTIFICA QUE:

Mayra Tatiana Mendoza Liscano

Identificado(a) con N° de Documento.

C.C: 1.010.213.809

Asistió al programa correspondiente a:

CURSO DE USO Y MANEJO DEL DEA

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


Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.


Alejandro Forero Vifacacha
Director General

Expedido el día : 12-10-2022

Vigencia hasta el día : 12-10-2024



CERTIFICA QUE:

Mayra Tatiana Mendoza Liscano

Identificado(a) con N° de Documento.

C.C: 1.010.213.809

Asistió al programa correspondiente a:

CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una duración de **80** horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.


Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Expedido el día : 12-10-2022

Vigencia hasta el día : 12-10-2024


Alejandro Forero Vifacacha
Director General





CERTIFICA A:

MENDOZA LISCANO

Cédula:

10.102.13809

MAYRA TATIANA

con ÉXITO EL CURSO de ataques con

POR HABER REALIZADO

Protocolo de atención integral a víctimas de ataques con agentes químicos

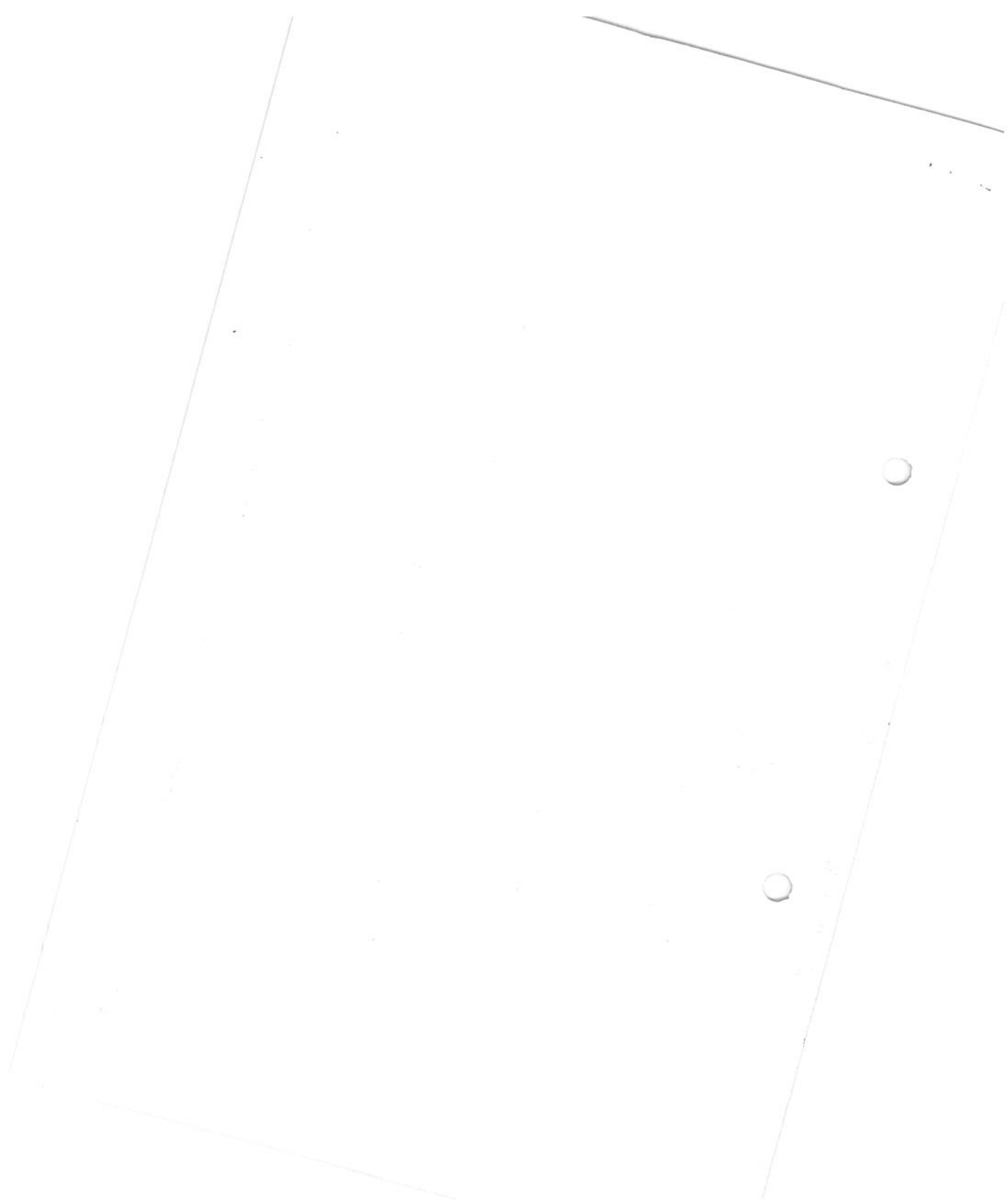
Fecha de finalización:

martes 29 de junio de 2021

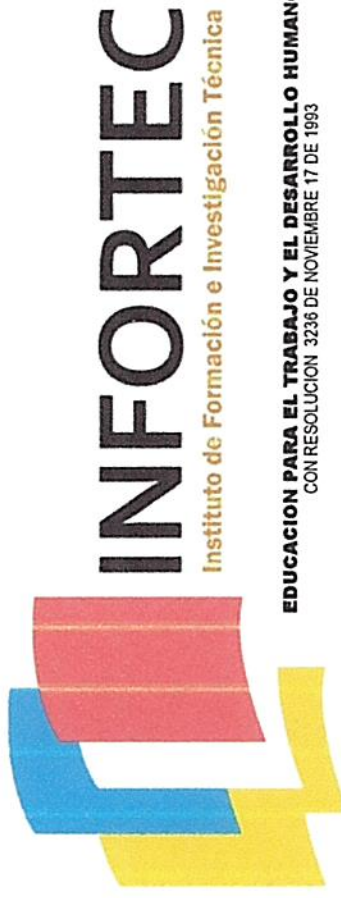
Reina Guzmán
Reina Guzmán
Gerente de Gestión Humana

Jully Buitrago
Jully Buitrago
Coordinadora de Capacitación y Desarrollo





REPÚBLICA DE COLOMBIA
INSTITUTO DE FORMACION E INVESTIGACIÓN TÉCNICA
Cr 22Bis # 74ª - 25, Bogotá



EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
CON RESOLUCION 3236 DE NOVIEMBRE 17 DE 1993

HACE CONSTAR QUE:

MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO
Identificada con C.C. No. 1.010.213.809 de BOGOTA D.C..

ASISTIO AL CURSO SOBRE:

MANEJO DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS

BOGOTÁ, 7 DE DICIEMBRE DE 2020

JAIRO IVAN RAMIREZ GARCIA
DIRECTOR



SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso Periódico Retiro Post incapacidad Caso ocupacional
 Control Reubicación Ingreso al SVE Trabajo en alturas

Fecha 07/10/2022 10:18:00 Empresa PARTICULAR

Nombre MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

Doc. Identidad CC 1010213809



EXAMENES SIGUIENTES PARACLINICOS

- | | | |
|---|---------------------------|---|
| 1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL | 2 OPTOMETRIA, VISIOMETRIA | 3 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] |
| 4 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO | 5 COLESTEROL TOTAL | 6 TRIGLICÉRIDOS |
| 7 GLUCOSA, ESPIROMETRIA , ENFASIS DERMATOLOGICO | 8 HEMOGRAMA IV | 9 GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO |

	EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL				EXAMEN PERIODICO	
Apto para el cargo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	<input type="radio"/>
Aplazado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere restricciones de actividades	<input type="radio"/>
Apto con restricciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere reubicación laboral temporal	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Requiere reubicación laboral permanente	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>
Apto para participar en la brigada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EXAMEN DE RETIRO	
					Sospecha de enfermedad Profesional	<input type="radio"/>
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	<input type="radio"/>
					Enfermedad Común	<input type="radio"/>

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual Auditivo Respiratorio Cardiovascular Psicosocial Ergonómico Otros

REMISIÓN SI NO ARL SI NO EPS SI NO

SOLANDY E. ORTIZ
 Dra Solandy E. Ortiz
 M.D Laboral
 RMO 4788/2015
 U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
 Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
 CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

(Handwritten signature)

Trabajador: MAYRA TATIANA MENDOZA
 CC 1010213809

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19 Teléfono: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

Email: menricardo19@hotmail.com



SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

RESTRICCIONES FISICAS APARENTES PARA EL CARGO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA
 CONTROL POR OPTOMETRIA DE LA EPS PARA VERIFICAR FORMULA VISUAL
 ADAPTACION AL PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN
 EL TRABAJO (SG-SST) Y CUMPLIENDO LAS NORMAS DE (SG-SST) PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL
 IDENTIFICAR LA CLARIDAD DE LAS LABORES A REALIZAR
 CONOCER Y APLICAR ADECUADAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD QUE MANEJE LA ENTIDAD
 IDENTIFICAR LA EXPOSICION EN RIESGOS LABORALES Y RIESGOS DE CAIDA EN LOS SITIOS DE TRABAJO
 IDENTIFICAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS COMO GAFAS, GUANTES TAPABOCAS Y DE SER NECESARIO
 EVITAR LAS POSICIONES INCOMODAS O POCO ERGONOMICAS EN EL PUESTO DE TRABAJO
 MANTENER UNA DURACION DE TRABAJO SEGURO
 EVITAR LAS LESIONES VISUALES CADA 3 HORAS SI ESTA EXPUESTO A PERMANECER PROLONGADAMENTE FRENTE A UN EQUIPO DE COMPUTO
 MANTENER BUENAS POSTURAS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS SANOS
 EVITAR LAS LESIONES ACTIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES, MANEJO DE ESTRÉS PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO
 EVITAR EL CANSAO DE MIEMBROS INFERIORES AL TERMINAR LABOR PARA PREVENIR VARICES
 EVITAR EL DEBILITAMIENTO DE LOS MUSCULOS DE LA ESPALDA Y EL ABDOMEN
 MANTENER UN SUEÑO REPARADOR DE 8 HORAS COMO MÍNIMO.
 EVITAR EL HABERSE DE TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LAS HORAS ANTERIORES A SU
 TRABAJO
 CONOCER Y APLICAR ADECUADAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD .
 EVITAR LLEVAR UNA VIDA SALUDABLE CON DIETA BAJA EN GRASAS Y HARINAS

INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE PRESENTE Y QUE LE LIMITE TRABAJAR
 CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL
 TRABAJADOR DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE
 CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.

RESULTADOS

RESULTADOS DE LABORATORIO GLICEMIA Y PERFIL LIPIDICO DENTRO DE LIMITES NORMALES

DEBILIDAD MUSCULAR SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR

RESULTADOS DE OPTOMETRIA NO REQUERIMIENTO DE CORRECCION VISUAL CON SENSIBILIDAD AL CONTRASTE NORMAL CONTROL POR OPTOMETRIA DE LA EPS

HEPATITIS A 1 DOSIS 2020
 INFLUENZA 1 DOSIS 2022
 TOXOIDE TETANICO TIENE 2 DOSIS LA QUE SE APLICA EN EL EMBARAZO Y TRES 2012,2013,2020
 TETANUS 3 Dosis AMARILLA NO
 SARAMPIÓN RUBEOLA 1 DOSIS 2022
 HEPATITIS B 3 DOSIS MAS REFUERZO EN EL 2019
 HEPATITIS A 1 DOSIS 2020
 TOXOIDE VIRAL 1 DOSIS 2019

SOLANDY EUGENIA ORTIZ
 Dra Solandy E. Ortiz
 M.D Laboral
 RMO 4788/2015
 U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
 Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
 OCUPACIONAL
 CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Handwritten signature of Mayra Tatiana Mendoza

Trabajador: MAYRA TATIANA MENDOZA
 CC 1010213809

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica



SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

VACUNA DEL COVID SEGÚN HOJAS ENTREGADAS UNA DOSIS

ENFASIS DERMATOLOGICO NORMAL, LO CUAL NO SIGNIFICA QUE CON EL TRANSCURRIR DE LOS AÑOS PUEDA DESARROLLAR ALGUNA PATOLOGIA QUE COMPROMETA LA PIEL.

ENFASIS RESPIRATORIO CON EXAMEN DENTRO D ELIMITES NORMALES Y ESPIROMETRIA NORMAL

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

SOLANDY EUGENIA ORTIZ
Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: MAYRA TATIANA MENDOZA
CC 1010213809

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19 Teléfono: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744
Email: menricardo19@hotmail.com

**SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS**

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

ESPIROMETRÍA

Fecha examen:

11/10/2022Nombre **MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO**Edad **28 años**Fecha Nacimiento **14/03/1994 00:00:00** Sexo **M** **F** Ocupación: 5104

Teléfono: 3212134682

PERSONALES Asma Rinitis Disnea Bronquitis TBC TOS EPOC Expectoración Otros **EN LA NIÑEZ**Practica deporte Si No Otros

Frecuencia

Fumador Si No Cigarrillos al día

Tiempo que dejó de fumar

FAMILIARES Asma Rinitis TOS Bronquitis TBC EPOC Cancer pulmonar Parentesco **NIEGA****LABORALES** Polvo Gas Vapores Solvente Neblina Tóxicos

Otros

Tiempo de exposición **2 AÑOS**Últ. Empresa donde laboró **SUBRED SUR**Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** EPP Normal Restrictiva Mixta Obstructiva Control**OBSERVACIONES**

Otros

 Dejar de fumar Remitir a EPS**NINGUNA** Bajar de peso Ingreso al PVF Realizar actividad física Espirometría actual Uso de protección respiratoria CAP. en conservación respiratoria**VALORES OBTENIDOS**

CVF	3,34	VEMS	3,01	VEMS/CVF	90,1%	PEF	7,47	FEF75	4,77
FEF50	6,70	FEF25	7,15	FEFMAX		ELA	28	FEV3	3,34

2018 OTROS EXAMENES ESPECIALES ESPECIFICADOS

2018 OTROS EXAMENES ESPECIALES ESPECIFICADOS

 Apto No apto**OBSERVACIONES****NINGUNA**

Monica Zulay Jimenez Lopez
Fisioterapeuta
Exp. en Prevención de Riesgos Laborales
Licencia en SO: No. 1553

MONICA ZULAY JIMENEZ LOPEZ
Especialidad: FISIOTERAPEUTA OCUPACIONAL
CC: 52423176 RM: LIC1953

Fecha de visita 11/10/2022

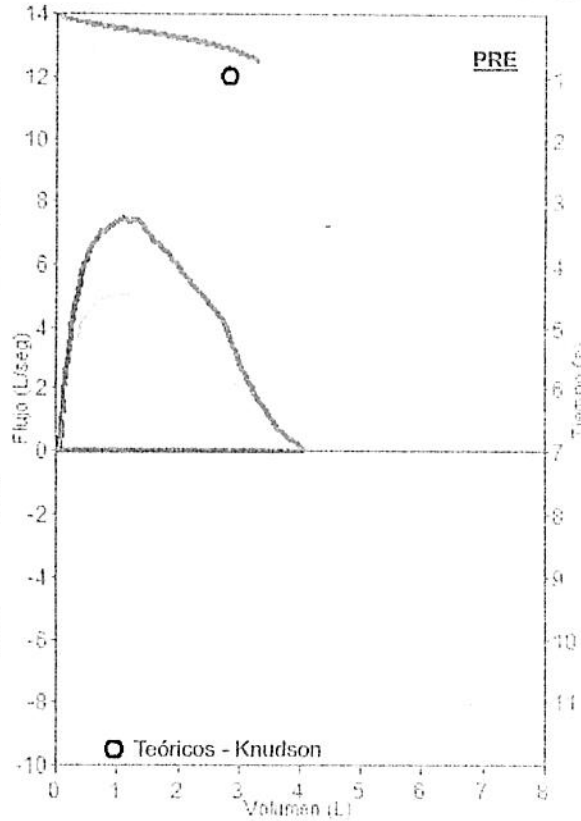
ID 1010213809
 Apellido MENDOZA LISCAN Edad 28
 Nombre MAYRA TATIANA Género Femenino
 Fecha de naciimi 14/04/1994 Altura, cm 157
 Grupo étnico Caucásico Peso, kg 68
 Fumador No fumador Paquetes/Añ
 Grupo de pacien

Interpretación

Espirometría normal

Informe médico

ESPIROMETRIA PARAMETROS NORMALES, SE RECOMIENDA USO DE EPP RESPIRATORIO, CONTROL ANUAL



Impreso por winastroPRO 1.0 4.2.0 - 11/10/2022 10:28:32 - ModC11

Datos PRE prueba 11/10/2022 10:27:46

Parámetros	BTPS 1,092 25°C - 77°F	Teór.	PRE	%Teór.	POST	%Teór.	%Camb.	PRE#1	PRE#2	PRE#3
Mejores valores de todas las curvas										
FVC	L	3,30	3,34	101				3,34	3,09	
FEV1	L	2,86	3,01	105				3,01	2,75	
FEV1/FVC	%	87,7	90,1	103				90,1	89,0	
PEF	L/s	6,26	7,47	119				7,47	5,27	
Valores de la mejor curva										
FEF2575	L/s	3,44	4,53	132				4,53	4,08	
FEF25	L/s	5,92	7,15	121				7,15	4,92	
FEF50	L/s	3,93	6,70	170				6,70	5,27	
FEF75	L/s	1,84	4,77	259				4,77	4,32	
FEV3	L	3,22	3,34	104				3,34	3,09	
FET	s	6,00	2,16	36				2,16	2,40	
FVC	L	3,30								
FIV1	L	2,86								
FIV1/FVC	%	87,7	0,0	0				0,0	0,0	
PIF	L/s	6,26								
ELA	años	28	28					28	34	
VC	L									
IVC	L									
FEV1/VC	%									
ERV	L									
IC	L									
EVol	mL		60							

Informa de calidad D



Firma

Instrumento usado
 Spirobank G-USB S/N 803098



257622

7

<p align="center">PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</p> <p align="center">CERTIFICACIÓN PLAN DE ADQUISICIONES GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</p>										 <p>POLICIA NACIONAL</p>				
<p>Código: 1DE-FR-</p> <p>Fecha: 13-08-2021</p> <p>Versión: 3</p>		<p align="center">MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO</p>												
<p>FECHA</p> <p>26/10/2022</p>		<p>CERTIFICADO No.</p> <p>1618</p>												
UNIDAD QUE EJECUTA	UNIDAD QUE REQUIERE	UNIDAD DE AFECTACIÓN DEL GASTO	MES PROYECTADO 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	NOVIEMBRE		02-02-02-008 SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, ES, CIENTIFICOS Y TECNICOS	TECNICO ASISTENCIAL AUXILIAR DE ENFERMERIA 8 HORAS	\$ 1.744.521,00			50	\$ 2.907.535,00		
<p align="right">TOTAL</p>									-		50	\$ 2.907.535,00		
<p>Relación de Documentos que soportan esta certificación y modificaciones</p> <p>CARPETA DEL PROCESO</p>														
<p>No. SISCO</p> <p>476120</p>		<p align="right">VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN</p> <p align="right">\$ 2.907.535,00</p>												
<p align="right">  Liliana Paola Joya PATRULLERA LILIANA PAOLA JOYA RA:03GL Responsable Dirección de Recursos </p>														
<p align="right"> Ps.17 OSCAR ALEXANDER GARZON IRIARTE Responsable Planeación </p>														
<p>Grado, Nombres y Apellidos _____</p> <p>Cargo _____</p> <p>Unidad _____</p>														

407.054.90

Código: IDE-FR-
 Fecha: 13-08-2021
 Version: 3

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
 MEDIANTE COMUNICACIÓN OFICIAL SE APRUEBA LAS VIGENCIAS FUTURAS GS-2022-066204-DISAN



FECHA 26/10/2022
 CERTIFICADO No. 195

MAYRA TATIANA MENDOZA LISCANO

UNIDAD QUE EJECUTA	UNIDAD QUE REQUIERE	UNIDAD DE AFECTACION DEL GASTO	MES PROYECTAD O COMPRA	CODIGO UNSPSC	RUBRO PRESUPUESTA	DESAGREGACION PRESUPUESTA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA)	APORTES DE LA NACION R10		FONDOS ESPECIALES R16		OTRO RECURSO	
									CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL
HOCEN 01	HOCEN	PROGRAMA 0	ENERO		02-02-02-008 SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS	TECNICO ASISTENCIAL AUXILIAR DE ENFERMERIA 8 HORAS	\$ 1.744.521,00			120	\$ 6.978.084,00		
TOTAL									-	-	120	\$ 6.978.084,00		\$ -

Relación de Documentos que soportan esta certificación y modificaciones
 CARPETA DEL PROCESO
 No. SISCO 476120

VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN \$ 6.978.084,00

Liliana Paola Jova
 PATRULLERA LILIANA PAOLA JOVA RANGEL
 Responsable Direcciónamiento Estratégico y de Recursos

[Signature]
 PS.17OSCAR ALEXANDER GARZON IRIARTE
 Responsable Planeación

Grado, Nombres y Apellidos _____
 Cargo _____
 Unidad _____

UA V.F
 253472
 1780 1781

SIF NACIÓN

Reporte Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal - Comprobante

Usuario Solicitante: SENDER PINZON ESPINOZA
 Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: HOSPITAL CENTRAL

MHSpinzon: 16-01-02-001
 Fecha y Hora Sistema: 2022-10-29-12:44 p. m.

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
Numero:	Fecha Registro:	Unidad / Subunidad Ejecutora:	Valor Actual:		
257622	2022-10-29	16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL	2.907.535,00		
Estado:	Generado	Valor Total Operaciones:	0,00		
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO					
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL
001 SERVICIOS DE PERSONAL	A-02-02-002-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TECNICOS				
Total:			2.907.535,00	0,00	2.907.535,00

Objeto: SOLICITUD CDP DE ACUERDO AL PAA 1618 AUXILIAR ENFERMERIA CD 1201 PAA VF 195 \$6978084

[Signature]
 Intendente OSCAR BELTRAN RODRIGUEZ
 Jefe Grupo Contratos (E)

[Signature]
 PS08 SENDER PINZON ESPINOSA
 Analista Contratos HOCEN



Reporte: Certificación de Disponibilidad Presupuestal con proyección

Unidad Ejecutora:
 Ciudad o Municipio:
 Escuela Sanitaria:
 Fecha y Hora Sistema:

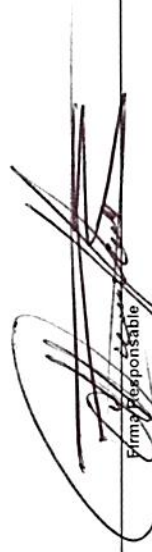
MHAsaentz ALBA LILIANA SAENZ MOJICA
 16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL
 2022-10-31-12:05 p. m.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL									
El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos":									
Número:	253422	Fecha Registro:	2022-10-31	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado	Tipo:	Gasto	Uso Caja Menor	Ninguno	Saldo x Comprometer:	2.907.535,00
Valor Inicial:	2.907.535,00	Valor Total Operaciones:	0,00	Valor Actual:	0,00	Saldo x Comprometer:	2.907.535,00	Vr. Bloqueado	0,00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
Número:	257622	Fecha Registro:	2022-10-29
Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO										
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOR ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
G01 SERVICIOS DE PERSONAL	A-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TECNICOS	Nación	16	SSF		2.907.535,00	0,00	2.907.535,00	2.907.535,00	0,00
Total:						2.907.535,00	0,00	2.907.535,00	2.907.535,00	0,00

Objeto: AUXILIAR DE ENFERMERIA/CD 1201/ PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES/HOCEN PONAL/ PAA 1618- 50 DI/VF PAA 195- 120 D


 Firma Responsable

PS MARIA TERESA FUÉLPAZ BOBADILLA
 RESPONSABLE PRESUPUESTO HOCEN (E)



HOSPITAL CENTRAL

Nit: 830067597

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Numero: 1781

Página 26 de 32
31/10/2022 12:37:31
V. 5000

EL JEFE DE LA : PRESUPUESTO

CERTIFICA :

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de SEIS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE *** \$6,978,084.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: VF//AUXILIAR DE ENFERMERIA/CD 1201/ PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES//HOCEN PONAL// PAA 1618- 50 D//VF PAA 195- 120 D

Estado: **AUTORIZADO**

Area Solicitante: SERVICIOS DE PERSONAL SECSA HOCEN

Nombre Solicitante: TC JUAN PABLO BLANCO SIERRA

Fecha Solicitud: 31/10/2022

Observaciones: ..

Proyecto:

AREA	IMPUTACION PRESUPUESTAL						DESCRIPCION	VIGENCIA	VALOR				
	Tpo	Cla	Cta	Scta	Obj	Ord				Sor	Aux	Recu	
01724000			0	2	020	200	8			16	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	2023	\$6,978,084.00
TOTAL													
\$6,978,084.00													

Expedido a los 31 días del mes de Octubre de 2022 en la ciudad de BOGOTA

PS-16 MARIA TERESA PUELPAZ BOBADILLA
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO (E)