FORMATO INFORMACION GENERAL CONTRATISTA - PERSONA NATURAL					
CODIGO: GJ-FR-011	Fecha de elaboración: 24-11-2021	Fecha de Actualización: No Aplica	Versión: 1	Página: 1 de 1	

PRIMER NOMBRE	Dilly			SEGUNDO NOMBRE	Andres		
PRIMER APELLIDO	Alvarez			SEGUNDO APELLIDO	Rojas		
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	06-03-1976		LUGAR DE NACIMIENTO	Bogota		RH	O+
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	Y	CE		NÚMERO DE DOCUMENTO	65770805	
LUGAR DE EXPEDICIÓN	Ibague		GENERO	Femenino		EDAD	44
ESTADO CIVIL	Casada	NÚMERO DE HIJOS	2	TELEFONO CELULAR		TELEFONO FIJO	
DIRECCIÓN ACTUAL	Conjunto Luzen del Bosque				LUGAR DE RESIDENCIA	Ibague	
CORREO ELECTRÓNICO							
N° LIBRETA MILITAR (Cuando Aplique)	—				DISTRITO MILITAR (Cuando Aplique)		
PROFESIÓN	Odontologa				ESPECIALIZACIÓN	Cx maxilofacial	
N° TARJETA PROFESIONAL (Cuando Aplique)					FECHA DE EXPEDICIÓN		
EPS	Sanitas				FONDO DE PENSION(AFP)	Colfondos	
ARL				FUNCIÓN A DESEMPEÑAR		Cx maxilofacial	
ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE-AFILIACIÓN ARL PERSONA NATURAL							
CONTRATO NUMERO					FECHA DE SUSCRIPCIÓN (FIRMA)		
DURACIÓN DEL CONTRATO	MESES		DIAS				
FECHA DE INICIO CONTRATO					FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO		
FECHA DE INICIO COBERTURA ARL					FECHA DE TERMINACIÓN COBERTURA ARL		
VALOR							

2

PROCESO DE SELECCIÓN DE:
CONTRATACIÓN DIRECTA_____
MINIMA CUANTIA: _____
MENOR CUANTIA: _____
MAYOR CUANTÍA: _____

E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	
ESTUDIOS PREVIOS	
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL	
Fecha de elaboración del Estudios Previos	17 MAR 2023
Nombre del funcionario que diligencia el Estudio Previo	ERIKA PAULINA RIVERA CASTRO
Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato	UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS
Dependencia solicitante	UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS
Tipo de Contrato	Prestación de servicios
Presupuesto Oficial	CIENTO CINCO MILLONES DE PESOS MCTE $105.000.000.00
Rubro del Presupuesto Oficial	*2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01*
Descripción de la Necesidad	
Justificación	El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E es la única Institución pública de alta complejidad en el departamento del Tolima y presta servicios de salud a usuarios de Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y contributivo, de Secretarias de Salud Departamentales y Municipales, y de entidades aseguradoras del régimen especial, entre otros; en cumplimiento de su misión y en procura de salvaguardar el derecho fundamental a la salud de todos los usuarios, se requiere realizar la contratación de personal calificado para el DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS EN MAXILOFACIAL, EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E. Teniendo en cuenta la población atendida y la patología que presenta en el último tiempo ha aumentado la edad de nuestra población atendida en la entidad con numerosas complicaciones y problemas de salud que requieren cada día de mayor complejidad y especialización en el manejo por parte del hospital; razón por la cual se requiere la contratación durante cinco meses contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución, lo anterior teniendo en cuenta que dentro del recurso humano de la planta permanente del Hospital no se cuenta con especialistas suficientes que asuman este proceso, dando cumplimiento al manual de contratación del Hospital.. El (los) contratista(s) deberán atender los pacientes que acuden a la institución para atención en urgencias y servicios ambulatorios

	como consulta externa y cirugía electiva en la Especialidad de MAXILOFACIAL. Este servicio se ofrece las 24 horas del día porque de ello dependen la vida y funcionalidad de los pacientes. Deben realizar los procedimientos propios de la especialidad, realizar la valoración y seguimiento de las pacientes que se encuentran hospitalizados y dar respuesta a las interconsultas solicitadas por otras especialidades con calidad, oportunidad y eficiencia. Además de lo anterior, es importante mencionar que con la prestación de este servicio se beneficia la población subsidiada y la población pobre no cubierta.
Descripción y Especificaciones del objeto a contratar	
Objeto del Contrato	Prestar los servicios para el desarrollo de los procesos y procedimientos quirúrgicos que requieran Atención en MAXILOFACIAL para el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.

Identificador con el clasificador de bienes y servicios		
segmento	85	Servicios de Salud
familia	12	Práctica Medica
Clase	16	Médicos Especialistas
Producto 1	09	Médicos Especialistas en MAXILOFACIAL

Especificaciones Técnicas	Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento: Con el fin de cumplir con los requerimientos de la entidad, se debe garantizar que el personal contratado para el desarrollo de las actividades objeto de la presente necesidad, debe ser personal idóneo, aportar las respectivas hojas de vida y soportar la experiencia como se describe a continuación: Perfil Título universitario médico cirujano, Especialista en MAXILOFACIAL Experiencia Dos años de experiencia en la Especialidad de MAXILOFACIAL El contratista debe tener contacto constante (reuniones, sugerencias o respuesta a requerimientos relacionados a la Especialidad. El Especialista debe cumplir con los elementos de bioseguridad para la realización de su trabajo, teniendo en cuenta los tiempos de pandemia. El contratista dará respuesta a los requerimientos solicitados en el servicio, según los tiempos estipulados. El contratista deberá tener disponibilidad para la realización de capacitaciones y actualizaciones dadas en su área y en equipos que la Institución adquiera.

Plazo del Contrato	**CINCO MESES CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN.**
Lugar de Ejecución del Contrato	Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.
Forma de Pago	**DESCRIBIR LA FORMA DE PAGO:** **Se Pagara:** Para procedimientos (Cirugía) y la consulta POR EVENTO A TARIFA CONTRATADA VIGENTE CON LAS EAPB -15% se debe tener en cuenta que estos procedimientos aún no están contratados con ninguna entidad, por este motivo se debe solicitar cotización de los mismos y los honorarios de los Especialistas, quedaran fijas de acuerdo a las vigencias de los contratos y hasta nueva negociación de los mismos. Para el pago, el CONTRATISTA deberá aportar la siguiente documentación: 1. Certificado de paz y salvo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales del correspondiente periodo. 2. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de la presente invitación. 3. Factura de acuerdo a las normas tributarias. 4. El valor del contrato se cancelara dentro de los 60 días contados a partir de la realización de la factura. 5. La factura deberá ser radicada hasta el 25 de cada mes en la oficina de contabilidad, sino se presenta radicación de la factura en la fecha estipulada, esta se radicara el primer día hábil del mes siguiente. En caso de mora en el pago por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima, Empresa Social del Estado; previa solicitud que realice el CONTRATISTA, se cancelará un interés de mora del 0,1%.

VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANALISIS ECONOMICO JUSTIFICADO	
El valor Estimado para la presente contratación es de:	CIENTO CINCO MILLONES DE PESOS MCTE $105.000.000.00

ESTUDIOS DE MERCADO

Para efectos del cálculo del presupuesto se realizó, el análisis económico del valor estimado del contrato, basándose en el estudio técnico de precios de mercado y en el histórico de las tarifas contratadas por el hospital para el proceso de Maxilofacial y la facturación realizada por la Dra. Dolly Andrea Álvarez- Maxilofacial, en los últimos tres años en la Institución; además el aumento de la cantidad de pacientes y procedimientos atendidos

2018	
DEL 01 AL 05 ENRO 2018	$ 1.973.644,00
DEL 06 AL 20 ENERO 2018	$ 8.759.381,00
DEL 21-01-18 AL 20-02-18	$ 15.458.569,00

DEL 21-02-18 AL 21-03-18	$ 9.968.025,00
DEL 22 AL 31 MARZO 2018	$ 7.523.681,00
DEL 01 AL 30 ABRIL 2018	$ 11.204.044,00
DEL 01 AL 31 MAYO 2018	$ 14.445.056,00
DEL 01 AL 30 JUNIO 2018	$ 15.716.963,00
DEL 01 AL 31 JULIO 2018	$ 16.050.131,00
DEL 01 AL 31 AGOSTO 2018	$ 10.161.843,00
DEL 01 AL 30 SEPTIEMBRE 2018	$ 14.489.269,00
DEL 01 AL 20 OCTUBRE 2018	$ 8.799.488,00
DEL 21-10-18 AL 19-11-18	$ 10.205.531,00
DEL 20-11-18 AL 25-12-18	$ 12.869.963,00

$ 168.429.544,00

2019

DEL 01 AL 31 ENERO 2019	$ 12.777.600,00
DEL 09 AL 23 FEBRERO 2019	$ 11.444.475,00
DEL 24-02-19 AL 26-03-19	$ 11.969.457,00
DEL 27-03-18 AL 30-04-19	$ 17.048.456,00
DEL 01 AL 20 MAYO 2019	$ 10.328.194,00
DEL 22-05-19 AL 30-06-19	$ 13.138.238,00
DEL 01 AL 31 JULIO 2019	$ 10.292.531,00
DEL 01 AL 31 AGOSTO 2019	$ 16.382.006,00
DEL 01 AL 30 SEPTIEMBRE 2019	$ 17.206.687,00
DEL 01 AL 31 OCTUBRE	$ 14.197.694,00
DEL 01 AL 18 NOVIEMBRE 2019	$ 5.186.925,00
DEL 19-11-19 AL 18-12-19	$ 8.155.013,00
DEL 19 AL 26 DICIEMBRE 2019	$ 1.471.125,00
DEL 27 AL 31 DICIEMBRE	$ 1.188.375,00

$ 150.786.776,00

2020

DEL 01-04-2020 AL 20-04-2020	$ 19.147.575,00
DEL 21-04-2020 AL 17-05-2020	$ 3.325.056,00
DEL 18-05-2020 AL 21-06-2020	$ 6.075.125,00
DEL 22-06-2020 AL 21-07-2020	$ 2.544.494,00
DEL 22-07-2020 AL 19-08-2020	$ 3.413.100,00
DEL 02-08-2020 AL 22-09-2020	$ 8.545.969,00
DEL 23-09-2020 AL 17-10-2020	$ 5.680.313,00
DEL 18-10-2020 AL 21-11-2020	$ 13.351.200,00

$ 62.082.832,00

2021

DEL 11-02-2021 AL 17-03-2021	$ 22.727.645,00
DEL 18-03-2021 AL 17-04-2021	$ 16.109.676,00
DEL 18-04-2021 AL 16-05-2021	$ 16.522.320,00
DEL 18-05-2021 AL 01-06-2021	$ 14.380.275,00
DEL 02-06-2021 AL 16-07-2021	$ 16.539.575,00
DEL 17-07-2021 AL 16-08-2021	$ 12.895.628,00
DEL 17-08-2021 AL 16-09-2021	$ 22.552.754,00
DEL 17 AL 28 OCTUBRE 2021	$ 8.042.725,00

$ 129.770.598,00

2022

DEL 20-01-2022 AL 16-02-2022	$ 19.699.396,00
DEL 17-02-2022 AL 16-03-2022	$ 10.732.566,00
DEL 17-03-2022 AL 10-04-2022	$ 8.337.130,00
DEL 18-04-2022 AL 15-05-2022	$ 18.828.861,00
DEL 16-05-2022 AL 15-06-2022	$ 8.072.828,00
DEL 16-06-2022 AL 15-07-2022	$ 7.694.277,00
DEL 19-07-2022 AL 09-08-2022	$ 5.535.030,00
DEL 10-08-2022 AL 16-09-2022	$ 15.637.999,00
DEL 17-09-2022 AL 19-10-2022	$ 12.869.810,00
DEL 20-10-2022 AL 16-11-2022	$ 6.749.430,00
DEL 17-11-2022 AL 15-12-2022	$ 14.208.728,00
DEL 16 AL 31 DICIEMBRE 2022	$ 3.760.319,00
DEL 03 AL 16 ENERO 2023	$ 11.394.429,00
DEL 17-01-2023 AL 13-2-2023	$ 4.436.924,00

TARIFAS CONTRATADAS EN LOS ULTIMOS AÑOS

Para procedimientos (Cirugía) y la consulta POR EVENTO A TARIFA CONTRATADA VIGENTE CON LAS EAPB -15%

ANALISIS REALIZADO

Teniendo en cuenta que dentro del recurso humano de la planta permanente del Hospital no se cuenta con personal que asuma las actividades necesarias para el desarrollo del objeto contractual y con el fin de garantizar la continuidad en la prestación del servicio en condiciones de calidad y oportunidad, dando cumplimiento del desarrollo de las acciones propias de la Institución, es necesaria la contratación de **ESPECIALISTA EN MAXILOFACIAL**

GARANTIAS DEL CONTRATO:

	Tipo o Clase de Garantía	Cobertura o Niveles de Amparo	Valores	Vigencia
GARANTIAS DEL CONTRATO	Cumplimiento del contrato:	Para precaver los perjuicios que se deriven del incumplimiento de las obligaciones contractuales incluidas las multas y la cláusula penal que se pacten en el contrato.	El valor de esta garantía debe ser de por lo menos el diez por ciento (10%) del valor del contrato a menos que el valor del contrato sea superior a un millón (1.000.000) de smmlv, caso en el cual la Entidad Estatal aplicará las siguientes reglas: 1. Si el valor del contrato es superior a un millón (1.000.000) de smmlv y hasta cinco millones (5.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el dos punto cinco por ciento (2,5%) del valor del contrato. 2. Si el valor del contrato es superior a cinco millones (5.000.000) de smmlv y hasta diez millones (10.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el uno por ciento (1%) del valor del contrato. 3. Si el valor del contrato es superior a diez millones (10.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el cero punto cinco por ciento (0,5%) del valor del contrato.	La garantía de cumplimiento del contrato debe tener una vigencia mínima hasta la liquidación del contrato.
	Responsabilidad civil Extracontractual	para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato su cuantía se establecerá	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV, siguiendo las siguientes reglas: 1. Doscientos (200) smmlv para contratos cuyo valor sea inferior o igual a mil quinientos (1.500) smmlv. 2. Trescientos (300) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a mil quinientos (1.500) smmlv e inferior o igual a dos mil quinientos (2.500) smmlv. 3. Cuatrocientos (400) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a dos mil quinientos (2.500) smmlv e inferior o igual a cinco mil (5.000) smmlv. 4. Quinientos (500) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a cinco mil (5.000) smmlv e inferior o igual a diez mil (10.000) smmlv. 5. El cinco por ciento (5%) del valor del contrato cuando este sea superior a diez mil (10.000) smmlv, caso en el cual el valor asegurado debe ser máximo setenta y cinco mil (75.000) smmlv.	La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato.
	Póliza de responsabilidad médica:	Para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV, siguiendo las siguientes reglas: 1. Doscientos (200) smmlv para contratos cuyo valor sea inferior o igual a mil quinientos (1.500) smmlv. 2. Trescientos (300) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a mil quinientos (1.500) smmlv e inferior o igual a dos mil quinientos (2.500) smmlv. 3. Cuatrocientos (400) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a dos mil quinientos (2.500) smmlv e inferior o igual a cinco mil (5.000) smmlv. 4. Quinientos (500) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a cinco mil (5.000) smmlv e inferior o igual a diez mil (10.000) smmlv. 5. El cinco por ciento (5%) del valor del contrato cuando este sea superior a diez mil (10.000) smmlv, caso en el cual el valor asegurado debe ser máximo setenta y cinco mil (75.000) smmlv.	vigencia corresponderá al plazo del contrato.

Obligaciones del Contratista	**ATENCION EN EL SERVICIO DE MAXILOFACIAL** **Actividades específicas:** ➢ **Valoración de pacientes ambulatorios y de urgencias en los diferentes servicios del Hospital.** ➢ **Realizar junta quirúrgica hospitalaria permanente según los requerimientos de la institución(mínimo dos veces a la semana)** ➢ **Si al ser valorado el paciente, este es candidato para procedimiento quirúrgico, el especialista debe generar la solicitud del procedimiento quirúrgico en tiempo real.** ➢ **Realizar el planeamiento quirúrgico con los proveedores(contrato por el hospital o dado por EPS), cuando se requiera material de osteosíntesis o dispositivos médicos en el acto quirúrgico minimizando el riesgo de cancelación de cirugía** ➢ **Realizar las cirugías programadas y por urgencias requeridas.** ➢ **Cumplir con una franja de consulta externa de 4 a 6 horas semanales.** ➢ **Realizar la revista diaria, teniendo en cuenta la unificación de criterios para el manejo de los pacientes tanto por la especialidad tratante, como por manejo interdisciplinario.** ➢ **Solicitud, gestión y respuesta de interconsulta en los servicios de urgencias e internación medica dentro de las 24 horas siguientes de la solicitud.** ➢ **Diligenciar completamente todos los formatos y anexos de las historias clínicas que tengas que ver con su ejercicio (NO-POS, MIPRES, CONSENTIMIENTO INFORMADO ETC, SOLICITUDES DE PATOLOGÍA)** ➢ **Deben diligenciar la historia clínica electrónica en forma responsable y completa sin delegar la función en forma permanente y no vigilada al interno.** ➢ **Presentar las facturas con la respectiva seguridad social dentro del mes a factura, según fechas acordadas por las áreas de contabilidad y presupuesto.** ➢ **Teniendo en cuenta que no hay horarios estipulados por el empleador se pacta con ustedes una agenda para la organización y cumplimiento de las actividades que debe ser respetada y cumplida con puntualidad (consultas, interconsultas, urgencias, urgencia diferida y cirugía programada, según necesidad del contratante).** ➢ **Es deber de todo contratista dirigirse con respeto a todas las personas con quienes se relacionan en la Institución, tanto pacientes y de funcionarios de la misma, y no se van a tolerar malos tratos, gritos, ni otras conductas indeseables.** ➢ **Pasar de forma periódica (semanal) la relación de los procedimientos ejecutados para su respectiva auditoria y aval.** ➢ **Informar con la debida antelación en caso de no poder cumplir con alguna agenda por situaciones programadas y programables (congresos, viajes, vacaciones con un mes de anticipación; y las urgencias en el momento en que susciten)** ➢ **Para efectos de los recobros, estos operarán cuando las objeciones superen el 2% de la facturación, por debajo de esta cifra no habrá recobro al CONTRATISTA, esto sin perjuicio del análisis que se haga de las mismas para implementar los planes de mejoramiento. El procedimiento de recobros tendrá en cuenta los siguientes**

	aspectos: ➢ Cuando la glosa sea por no pertinencia demostrada, se glosara el total de los honorarios de la misma. ➢ Cuando la glosa sea por condiciones del manual contratado, como mayor valor cobrado, se descontará al CONTRATISTA la diferencia entre el mayor valor cobrado y el valor reconocido. En general aplicarían las condiciones del manual contratado, se aplicará el 100% de la glosa de honorarios en lo que exceda en relación con el valor facturado por el CONTRATISTA. ➢ Para las demás causas de glosa se aplicará si supera el 2% de la facturación. ➢ Todas estas actividades se desarrollaran de acuerdo a: Lo definido en el manual de operación y en los procesos y procedimientos de la institución, que se encuentran disponibles en la oficina de calidad y en la página electrónica del Hospital. ➢ A la programación realizada, planes operativos, planes de mejoramientos, agendas establecidas por contratista y contratante ➢ El contratista debe diligenciar todos los registros de su competencia sobre la atención (físicos o electrónicos). Sera responsable de la evolución diaria y escrita del paciente, durante todo el tiempo de su estancia, de las órdenes médicas, de la solicitud, registro e interpretación de los exámenes para clínicos y de la epicrisis EN EL SOFTWARE INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL (se debe tener un registro adecuado que no solo permita garantizar buenos estándares de calidad sino que facilite el proceso de seguimiento y facturación de las diferentes actividades medicas a diferenciarlas según el tipo de historia correspondiente; si la actividad no se registra en el tipo de historia que corresponde esta no se reconocerá el pago al especialista por la actividad.) cumpliendo así las normas sobre manejo de la historia, documentos clínicos y sobre la confidencialidad de la información o el secreto profesional, para tener documentado el proceso asistencial. ➢ Registrar diariamente los procedimientos, actividades e intervenciones realizados a los pacientes, con sus respectivos códigos, con el fin de mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, incluyendo los formatos especiales tales como el NO-POS, MIPRES, RUAF, etc. ➢ En lo que le corresponda a la Historia Clínica de un paciente, ésta debe ser el reflejo exacto y completo de las condiciones de salud de aquel, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 1.995 del año 1.999, expedida por el Ministerio de la Protección Social y las demás normas que regulen la materia, por lo cual el contratista se obliga a elaborar una Historia Clínica que reúna las siguientes características: COMPLETA: Esto es que contenga la totalidad de la información relevante sobre los antecedentes del paciente, diagnóstico, tratamiento y en general que se consigne de manera clara e integra la información que requiere un profesional de la medicina para conocer y atender en forma adecuada a una persona. COHERENTE: La Historia Clínica es un documento que elaboran varias personas a lo largo del tiempo. El contratista entiende que cada anotación es un elemento integrante de un todo y se obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite elementos importantes a las siguientes. SUSTENTADA: La Historia Clínica debe estar soportada en estudios científicos. El contratista acepta conocer que el ejercicio de la profesión médica está enmarcado

6

	dentro de unos criterios científicos generalmente aceptados y apartarse injustificadamente de ellos puede ser un indicio en contra de la diligencia e idoneidad del profesional.. ➢ El contratista debe desarrollar el contrato cumpliendo con los estándares de habilitación y calidad establecida en la normatividad legal vigente, so pena de dar por terminado el contrato en caso de no ser así. ➢ Responder por la atención integral de los pacientes puestos a su cuidado, desde el ingreso hasta el egreso de su especialidad, para contribuir al mejoramiento de sus condiciones de salud. ➢ Resolver interconsultas a otras especialidades, con oportunidad, suficiencia y claridad, para apoyar el tratamiento integral de los pacientes. ➢ Mantener comunicación con usuarios, familia y equipo de salud sobre el estado de salud del paciente y el plan de atención, para lograr la adherencia al tratamiento. ➢ Conocer y aplicar guías de atención médica, establecidas en la institución y participar en el proceso de revisión y actualización de las mismas. ➢ Realizar el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos o tratamientos que lo requieran. ➢ Asistir y recibir capacitación en aspectos relacionados de su especialidad y administrativos, que respondan al direccionamiento estratégico institucional con el fin de mantenerse actualizado para la prestación del servicio con calidad. ➢ Asistir a las reuniones programadas por la institución, incluyendo comités de infecciones, revisiones de caso, comités de morbimortalidad, complicaciones quirúrgicas y anestésicas. ➢ Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el Hospital cuenta con firma digital, por lo tanto todo médico especialista debe registrar su firma en el área de sistemas; solo a través de este procedimiento se puede firmar la historia clínica. Esto da a la historia clínica el carácter de documento privado, identifica el autor de cada anotación y precisa el momento en que cada profesional interviene. Es responsabilidad del contratista el manejo y confidencialidad de su clave y es responsable por el uso indebido por parte de terceras personas a quien le sea dada a conocer la clave por el contratista. ➢ Desarrollar las actividades según la agenda definida previamente, respetando la programación de quirófano, garantizando el cumplimiento de los estándares de productividad mínima. El incumplimiento de esta generara la no cancelación de las actividades no realizadas y si el incumplimiento es reiterativo se impondrán las multas que se encuentren en el contrato. ➢ Reportar en los formatos establecidos para tal fin, los incidentes o eventos adversos que identifique durante su trabajo en la institución y participar en los análisis y elaboración de los planes de mejoramiento cuando sea necesario. ➢ Reportar al coordinador de la Unidad Funcional las necesidades de recursos, con el soporte técnico científico, con el objeto de garantizar la oportunidad y continuidad del servicio. ➢ Custodiar los elementos, materiales y equipos asignados a su área, con el fin de lograr el uso racional de los mismos. ➢ Emitir conceptos o peritajes médico legales y asistir a las citas relacionadas con responsabilidad médica, con el fin de cumplir con las obligaciones como auxiliar de la justicia.

	➢ Participar en el desarrollo de los planes, programas y proyectos de su unidad funcional y especialidad, para contribuir al cumplimiento de la plataforma estratégica institucional. ➢ Realizar vigilancia epidemiológica para prevenir riesgos en salud y elaborar adecuada y oportunamente los instrumentos establecidos, cuando sea necesario, con el fin de facilitar las intervenciones de salud pública. ➢ Participar en comités y grupos en los que haya sido incluido para el desarrollo de la plataforma estratégica. ➢ Cumplir y hacer cumplir todas las normas de bioética y ética establecidas, para garantizar el respeto de los derechos de los pacientes y el ejercicio responsable de la profesión. ➢ Conocer y aplicar los elementos del Modelo Estándar de Control Interno o del Modelo Integral de Planeación y Gestión y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que integran el Sistema de Gestión del Hospital "SIG" y en general todas las normas y reglamentos ejerciendo autocontrol, autogestión y auto regulación, en todas las actividades que se realicen durante el desarrollo del objeto contractual. ➢ Para desarrollar los procesos deberá tenerse en cuenta las normas. reglamentos, políticas, protocolos y procedimientos definidos por la Institución. ➢ Dar respuesta a los requerimientos hechos por el supervisor para entregar la información solicitada con calidad y oportunidad; en caso de no obtener respuesta se considera incumplimiento del objeto del contrato. ➢ Portar el carné de identificación; los costos de estos los asume el contratista, en caso de no usarlos, se considera incumplimiento del contrato. ➢ Utilizar y portar todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades y propender por el auto cuidado de su salud y de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades ➢ En caso de disminución en la demanda de servicios, daños estructurales o mejoras de las mismas, o cualquier otra novedad que disminuya la capacidad instalada en el momento de la prestación del servicio, la Institución informará en un plazo no menor a un (1) día calendario, la no necesidad del servicio, notificándole telefónicamente y/o vía electrónica y solo se pagaran las horas efectivas ejecutadas durante el desarrollo de las actividades del objeto contractual. ➢ En caso de incumplimiento reiterativo del objeto contractual debidamente documentado por el supervisor del contrato, el Hospital podrá de manera unilateral dar por terminado el respectivo vínculo contractual. ➢ Actuar con honestidad, responsabilidad, amabilidad, disciplina y excelente atención al paciente hospitalizado, médicos internos y residentes y demás personal de institución. El maltrato físico o verbal a cualquier persona será causa de terminación unilateral del contrato. ➢ Con el fin de dar cumplimiento a las normas establecidas en el Programa de Salud y Seguridad Laboral de los trabajadores del Hospital Federico Lleras Acosta, el Comité del COPASST, se deben tener en cuenta los siguientes requisitos: 1.-) Copia del Carnet de Vacunas de Hepatitis – Tétano - Influenza y Covid 2.-) Debe participar en las capacitaciones que el Hospital programe en seguridad laboral, inducción y re inducción y todo lo que surja en este tema durante la vigencia del contrato. 3.-) Debe implementar las normas de Salud y Seguridad en el Trabajo, utilizando los elementos de Protección Personal y cumpliendo los protocolos establecidos para

	ello. ➢ **Estar a paz y salvo con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral. El salario base de cotización con el cual debe realizar el aporte mensual como trabajador independiente, deberá corresponder como mínimo al 40% del valor facturado al hospital en el respectivo mes. En el caso de personas jurídicas se deberá anexar la planilla de pago de nómina del correspondiente mes; en caso de no tener empleados se aportará la certificación del contador donde conste que se encuentra al día en el pago de la seguridad social en cumplimiento del de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007.** ➢ **Teniendo en cuenta que la docencia y la investigación son ejes fundamentales del actuar de la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, EL CONTRATISTA se obliga a desarrollar el objeto del presente contrato permitiendo el desarrollo de las actividades docentes propias de los convenios docencia-servicio suscritos por EL CONTRATANTE sin que lo anterior implique delegar la responsabilidad asistencial a los internos y residentes, lo que está EXPRESAMENTE PROHIBIDO** ➢ **Realizar las demás actividades que surjan con ocasión de la ejecución del presente contrato, previamente avaladas por la supervisión del presente contrato**
Obligaciones de la E.S.E.	• Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato • Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley • Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte.
Plazo de liquidación del contrato	El término de que disponen las partes para liquidar los contratos de mutuo acuerdo, será de cuatro (4) meses contados a partir de la finalización del plazo de ejecución señalado en el mismo, de no realizarse dentro del término previsto se aplicará a lo dispuesto en el Estatuto de contratación. Igualmente debe tenerse en cuenta que para aquellos de ejecución instantánea como los de prestación de servicios profesionales, no se requiere la liquidación de contrato, conforme lo dispone el decreto 019 de 2012.
Fundamentos Jurídicos de Modalidad de Selección	El marco legal del proceso de selección y de las obligaciones que se deriven de su adjudicación, está conformado por la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por el estatuto de contratación de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, las normas orgánicas de presupuesto, las disposiciones cambiarias, y las demás normas concordantes con la materia, que rijan y lleguen a regir los aspectos del presente proceso de selección.
Justificación de los factores de selección	La oferta más favorable a la entidad en el presente proceso, será aquella que cumpla con los requisitos habilitantes. Para el caso de contratación directa, basta con el cumplimiento de las condiciones fijadas en el análisis de oportunidad y conveniencia.
Condiciones de cumplimiento para la contratación.	Con el fin de cumplir con los requisitos de la entidad, se debe garantizar que el personal contratado para el desarrollo de las actividades objeto de la presente necesidad, debe ser personal idóneo, aportar las respectivas hojas de vida y soportar la experiencia como se describe a continuación: Perfil Título universitario médico cirujano, - Especialista en MAXILOFACIAL

	Experiencia Dos años de experiencia en la especialidad de MAXILOFACIAL
Estimación, tipificación y asignación de riesgos previsibles	El Hospital Federico Lleras identifica los siguientes riesgos asociados al proceso de contratación:

CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	PROBABILIDAD	VALORACION PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACIÓN IMPACTO
General	Interno	Planeación	Económicos	Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	Insignificante	1
Específico	Externo	Selección	Sociales o Políticos	Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	Menor	2
		Contratación	Operacionales	Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	Moderado	3
		Ejecución	Financieros	Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	Mayor	4
			Regulatorios	Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias	5	Catastrófico	5
			De la Naturaleza				
			Ambientales				
			Tecnológicos				

Categoría	Valoración	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		1	2	3	4	5
Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	2	3	4	5	6
Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	3	4	5	6	7
Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	4	5	6	7	8
Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	5	6	7	8	9
Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias	5	6	7	8	9	10

Categoría	Valoración	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		1	2	3	4	5
Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto
Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo

Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias	5	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo

Posteriormente, se identifican y describen los riesgos, según el tipo y la etapa del proceso de contratación en la que ocurre. Luego, se evalúan los riegos teniendo en cuenta su impacto y su probabilidad de ocurrencia y finalmente, se establece un orden de prioridad teniendo en cuenta los controles existentes y el contexto de los mismos.

MECANISMOS DE COBERTURA:

De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 1150 de 2007, antes de efectuar la contratación la dependencia debe realizar una valoración de los riesgos que esta implica.

DEFINICIONES:

Para los efectos del presente proceso de selección, se entenderán las siguientes categorías de riesgo:

Riesgo Previsible: Son los posibles hechos o circunstancias que por la naturaleza del contrato y de la actividad a ejecutar es factible su ocurrencia.

Riesgo Imprevisible: Son aquellos hechos o circunstancias donde no es factible su previsión, es decir el acontecimiento de su ocurrencia, tales como desastres naturales, actos terroristas, guerra o eventos que alteren el orden público.

Tipificación del Riesgo: Es la enunciación que se hace de aquellos hechos previsibles constitutivos de riesgo que, en criterio del HOSPITAL FEDERICO LLERAS, pueden presentarse durante y con ocasión de la ejecución del contrato.

Asignación del Riesgo: Es el señalamiento que hace HOSPITAL FEDERICO LLERAS, de la parte contractual que deberá soportar total o parcialmente la ocurrencia de la circunstancia tipificada, asumiendo su costo.

Es importante señalar que los riesgos previsibles son aquellos que no están cubiertos por las garantías que amparan el cumplimiento, la calidad y cuando haya lugar la responsabilidad extracontractual de los contratos, por lo tanto NO SON RIESGOS PREVISIBLES, el incumplimiento, la responsabilidad extracontractual, la teoría de la imprevisión, las inhabilidades e incompatibilidades y los aspectos administrativos internos.

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

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia de la evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad
1	General	Interno	Ejecución	Operacional	Ocurre cuando se presentan demoras por parte de la Entidad en las aprobaciones previas de los productos y/o informes desarrollados por el contratista.	Afecta el cumplimiento de las obligaciones del contratante a cargo del Supervisor del contrato, relacionadas con la aprobación de productos y/o informes, y genera retraso en el trámite de pago a favor del contratista.	Moderado	Moderado	Medio	Media
2	General	Interno	Contratación	Financiero	Se presenta cuando la entidad no cuenta con los recursos para pagar el valor del contrato en los plazos establecidos.	Genera mora de la entidad en el pago que puede afectar al contratista, hasta el punto de romper la ecuación económica del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja
3	General	Externa	Ejecución	Regulatorio	Se presenta por la expedición de normas que impongan nuevos tributos, impuestos o cargas parafiscales, que pueden afectar el equilibrio económico del contrato.	Genera una carga adicional a las previstas, que puede afectar a cualquiera o a las dos partes del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja
4	General	Externa	Ejecución	Financieros	Los efectos derivados de las variaciones en los precios de mercado de los elementos a suministrar.	Afecta la entrega oportuna de los elementos objeto de compra	Probable	Alto	Alto	Alto

Forma de Mitigarlo:

No.	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento			¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Monitoreo y revisión	
			Probabilidad	Impacto	Calificación Total			¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?

1	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	Aplicación de las disposiciones legales y ajuste de los procesos internos de la entidad.	Raro	Insignificante	Baja	No	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	Cumplimiento de procedimientos y fechas pactadas de entrega.	Permanente
2	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	El supervisor informará de manera oportuna fechas previstas de pagos, para programación de los recursos.	Raro	Insignificante	Baja	No	Supervisor – Contratista	Seguimiento a la ejecución del contrato y entrega oportuna de la documentación requerida.	Permanente
3	CONTRATISTA	El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta.	Raro	Insignificante	Baja	No	Contratista	Validación régimen de impuestos.	Al elaborar la propuesta
4	CONTRATISTA	El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta.	Raro	Alto	Alto	No	Contratista	Verificación de los precios unitarios ofrecidos acorde con el movimiento del mercado en 1 año.	Al elaborar la propuesta

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN FINANCIERA

Soporte técnico y económico del valor estimado del contrato

Variables consideradas para calcular el presupuesto oficial	Los valores asignados para este tipo de contratación son de acuerdo a la proyección presupuestal para la vigencia fiscal 2023.
Aspectos a considerar en el valor de la Propuesta	El valor de la propuesta deberá incluir el ítem más el valor del IVA para quienes estén obligados y con las consideraciones de valor de los bienes y elementos a contratar, así como los descuentos de ley establecidos en la ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA. Se entiende que los bienes o servicios suministrados cumplen con las normas vigentes nacionales y las internacionales que para tal caso rigen.
Informes y evaluación:	El futuro contratista deberá presentar informes en los que dé cuenta de las actividades desarrolladas, con la siguiente periodicidad: mensuales, los cuales deben estar aprobados por el supervisor del contrato. La Entidad Estatal contratante se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, informes sobre la ejecución del contrato y los avances, junto con los documentos que lo soportan.

	La Entidad Estatal contratante evaluará periódicamente el desempeño del Contratista durante el desarrollo del objeto contractual, con arreglo a los criterios de evaluación que haya aprobado para el efecto.
Declaraciones del contratista	El futuro contratista hace las siguientes declaraciones: Conoce y acepta los Documentos del Proceso Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato. Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente. El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionados con el cumplimiento del objeto del presente contrato. El oferente manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. En caso de adjudicación del contrato el oferente se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños. En caso de adjudicación del contrato autoriza al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, verificar los títulos y demás documentos presentados en la oferta.
Responsabilidad:	El oferente en caso de salir adjudicatario será responsable por el cumplimiento del objeto contractual y será responsable por los daños que ocasionen sus empleados, los empleados de sus subcontratistas, al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE DE IBAGUE TOLIMA en la ejecución del objeto Contractual.
Propiedad Intelectual:	Si de la ejecución del futuro contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a Hospital Federico Lleras Acosta de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados a Hospital Federico Lleras Acosta por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros.

Confidencialidad	En caso de que exista información sujeta a reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. Para el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, la Historia Clínica de los Pacientes gozan de Reserva Legal.
Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato:	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el contrato en caso de ser adjudicado, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto contractual
Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato:	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el Contrato, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato. Terminación anticipada del contrato: Procede por: a. Por mutuo acuerdo entre las partes. b. Por declaratoria de caducidad del contrato por parte del CONTRATANTE en la forma y en los efectos previstos en el art 18 de la ley 80 de 1993. c. Por decisión autónoma de cualquiera de las partes en cualquier tiempo, dando aviso por escrito a la otra con por lo menos treinta (30) días de anticipación. d. Por evaluación no satisfactoria del CONTRATISTA. e. El reporte del contratista en la listas nacionales e internacionales que establecen la relación de personas que de acuerdo al organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo. Modificación concertada: Cualquier decisión que modifique la relación contractual inicialmente pactada, no será válida sin la aprobación conjunta y por escrito de las partes contratantes Suspensión temporal del contrato: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la vigencia del contrato mediante la suscripción de un acta en donde conste el evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. Cuando estas circunstancias afecten las obligaciones del Contratista para ser aceptadas, este deberá comunicarlo por escrito al contratante dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del hecho con la debida comprobación. Se entiende por fuerza mayor o caso fortuito las situaciones contempladas y definidas por el art 1 de la ley 95 de 1890 Cláusula 16 – El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, se reserva el derecho de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios administrativos profesionales, conforme a los estipulado en el art 18 de la ley 80 de 1993
Multas	En los contratos se incluirán las sanciones por incumplimiento del contratista como son la cláusula penal pecuniaria por un valor equivalente al 20% del valor total del contrato en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista; las multas diarias y sucesivas hasta

	por diez (10) días equivalente al 0.2% del valor total del contrato en caso de incumplimiento parcial al objeto del contrato la cual debe aplicarse antes de la terminación del plazo de ejecución de este último
Caducidad	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, se reserva el derecho de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios administrativos profesionales, conforme a los estipulado en el art 18 de la ley 80 de 1993
Cláusula Penal	Las partes contratantes convienen pactar como sanción pecuniaria el equivalente al 20% del valor estipulado en el contrato, en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE para que descuente el valor de la sanción pecuniaria del saldo que tenga el contratante a favor del CONTRATISTA
Independencia del Contratista	Como la prestación del servicio por ejecutar se desarrolla con autonomía e independencia del CONTRATISTA la celebración del presente contrato no constituye relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y aquel, por consiguiente no genera derechos, emolumentos o prestaciones pecuniarias distintas de las pactadas en la cláusula séptima del presente contrato. EL CONTRATISTA actúa de manera autónoma e independiente y no tiene vínculos laborales con EL HOSPITAL, garantizando la prestación de servicios objeto del presente contrato por sus propios medios, asumiendo sus propios riesgos, con plena libertad y autonomía técnica y directiva. En consecuencia, no está subordinado al HOSPITAL, por tal razón las personas que llegue a designar y/o contratar para la ejecución del presente contrato actúan bajo su exclusiva dirección y responsabilidad, estando a su cargo la totalidad de los salarios, prestaciones sociales, servicios y demás cargas laborales que pudieren generarse, así como todos los demás gastos en que incurra en ejecución del presente acuerdo.
Cesión	El Contratista no puede ceder parcial ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente Contrato sin la autorización previa y por escrito de Hospital Federico Lleras Acosta. Si el Contratista es objeto de fusión, escisión o cambio de control Hospital Federico Lleras Acosta contratante está facultada a conocer las condiciones de esa operación. En consecuencia, el Contratista se obliga a informar oportunamente a Hospital Federico Lleras Acosta contratante de la misma y solicitar su consentimiento. Si la operación pone en riesgo el cumplimiento del Contrato, Hospital Federico Lleras Acosta exigirá al Contratista, sus socios o accionistas una garantía adicional a la prevista en la cláusula 18 del presente Contrato. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, el Hospital Federico Lleras Acosta puede válidamente oponerse ante la autoridad correspondiente a la operación de fusión o escisión empresarial o cambio de control. El Contratista no podrá ceder parcial o totalmente el contrato sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la entidad CONTRATANTE
Indemnidad	El Contratista se obliga a indemnizar al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, con ocasión de la violación o el incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente Contrato. El Contratista se obliga a mantener indemne a Hospital Federico Lleras Acosta de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones hasta por el monto del daño o perjuicio causado. El Contratista mantendrá indemne a Hospital Federico Lleras Acosta por cualquier obligación de carácter laboral o relacionado que se originen en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el

	Contratista asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato.
Caso Fortuito y Fuerza Mayor	Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana.
Solución de Controversias	Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y la Entidad Estatal contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del Contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente Contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se resolverán mediante: Conciliación: Cuando la controversia no pueda arreglarse de manera directa debe someterse a un procedimiento conciliatorio que se surtirá ante el centro de conciliación de la ciudad de Ibagué, previa solicitud de conciliación elevada individual o conjuntamente por las Partes. Si en el término de ocho (8) días hábiles a partir del inicio del trámite de la conciliación, el cual se entenderá a partir de la fecha de la primera citación a las Partes que haga el centro de conciliación, las Partes no llegan a un acuerdo para resolver sus diferencias, deben acudir a la jurisdicción contencioso administrativa.
Notificaciones	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del Contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregados personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones respectivas establecidas en el SECOP II.
Supervisión	La Supervisión del presente contrato estará a cargo de la Coordinación de la Unidad Funcional Quirúrgica de la entidad CONTRATANTE, quién deberá controlar su ejecución y cumplimiento, conforme los deberes y obligaciones impuestos en virtud de la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción). Adicionalmente a esta, informarán al CONTRATISTA sobre las actividades a desarrollar de acuerdo con el objeto contratado. Hacer recomendaciones y sugerencias que puedan surgir en la ejecución del mismo y en general ser intermediario entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. PARÁGRAFO: La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratista a favor del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, deberá presentar informes mensuales que contengan la descripción de las actividades efectivamente ejecutadas
Reclamos:	Los reclamos que las partes contratantes consideren pertinentes a deberán presentarse por escrito, recibida la reclamación, la parte requerida deberá pronunciarse dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la misma, y si guarda silencio se entenderá que la reclamación fue aceptada o aprobada..
Legislación:	El presente contrato se regirá por las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las clausulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.
Auditoria:	La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente

	facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorias en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP) (ARL) (EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Convienen las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista.
Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT	1) EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. 2) EL CONTRATISTA, se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, provengan, de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo.3) En todo caso, si durante el plazo de vigencia del contrato, EL CONTRATISTA, algunos de sus administradores, socios o administradores llegaren a ser (I) vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo. (II) Incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o (III) Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos ; o IV) llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos, EL CONTRATANTE tiene el derecho de terminar unilateralmente el contrato sin que por este hecho esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a EL CONTRATISTA. 4) De la misma forma, EL CONTRATISTA, declara que los recursos que incorpora para el desarrollo del Objeto contractual, proceden de actividades completamente lícitas.5) EL CONTRATISTA, se obliga expresamente a entregar a EL CONTRATANTE, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que EL CONTRATANTE requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula, EL CONTRATANTE tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica

12

	surgida.6) EL CONTRATISTA, manifiesta que conforme a lo anterior autoriza al Contratante la consulta y verificación en cualquier base de datos, listas restrictivas y públicas.
Gastos:	Los gastos que ocasione la legalización del contrato en caso de adjudicación del contrato a cargo del Contratista.
Publicación:	Conforme lo estatuido en el Decreto 019 de 2012, la contratación de la E.S.E., deberá ser publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública-SECOP II - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente.
Domicilio Contractual	Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué
Estampillas	**Se deberá establecer según el objeto contractual las estampillas a solicitar o en caso tal indicar que no se requiere el cobro de las mismas.** **LOS ACTOS O DOCUMENTOS CUYO PRODUCTO DE LA TARIFA ARROJE CIFRA FRACCIONADA, SERA ASIMILADA AL MULTIPLO DE 1.000 MAS CERCANO** **De acuerdo a liquidación realizada por la Oficina Asesora de Jurídica, el contratista presentara ante la Dirección de Rentas e Ingresos del Tolima (centro de atención al Contribuyente – piso quinto de la Gobernación del Tolima), fotocopia del contrato y la liquidación realizada por la Oficina Asesora de Jurídica del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, quienes le realizan la respectiva revisión y le hace entrega de los volantes por cada una de las consignaciones, las cuales debe llevar al Banco que le sea asignado y realizar las respectivas consignaciones. Luego lleva las consignaciones a la Dirección de Rentas e Ingresos donde la Profesional generará las estampillas, para que este a su vez las presente al Hospital Federico Lleras Acosta y se adhiera al presente contrato (conforme a lo establecido en la ordenanza N° 0014 del 29 de Diciembre de 2017 emanado de la Asamblea Departamental del Tolima).**

Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.

LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL	
N°	DOCUMENTOS
	ETAPA PREPARATORIA
1	ANALISIS DE CONVENIENCIA CON VoBo
2	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD
	ETAPA PRECONTRACTUAL
3	PROPUESTA
4	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP
5	CERTIFICADOS DE ESTUDIOS (Titulos y certificaciones de educación formal y no formal) - Copia del título , diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado
6	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL
7	COPIA DE LA RESOLUCION DE AUTORIZACION DE EJERCICIO PROFESIONAL
8	TARJETA PROFESIONAL (Copia del certificado o la tarjeta de inscripción ante la Secretaria Departamental del Tolima)
9	SOPORTE VITAL AVANZADO -VENCIMIENTO 2 AÑOS
10	ACLS (apoyo vital cardiovascular) y ATLS (apoyo vital traumatológico avanzado) para los medicos de urgencias-FECHA DE VENCIMIENTO-2 años-ATLS-PALS-NALS
11	Reanimación avanzada pediátrica PALS (apoyo vital pediátrico avanzado) para enfermeras y médicos de UCI Pediatrico-FECHA DE VENCIMIENTO-2 años-PALS
12	Reanimación avanzada neonatal NALS para enfermeras y médicos de UCI Neonatal - FECHA DE VENCIMIENTO-2 años-NALS
13	certificado formacion en sedacion (medicos guenerales y especialistas USM)
14	ANTECEDENTES PROFESIONALES
15	AUTORIZACION VERIFICACION TITULOS
16	VERIFICACION RETHUS
17	ENTRENAMIENTO UCI- (Médico UCI)
18	CERTIFICACION EN LA GESTION OPERATIVA DE ORGANOS (Especialistas UCI)
19	CERTIFICACION DE CURSO - VICITMAS VIOLENCIA - (Médicos Generales y Especialistas)
20	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA
21	DOS (2) FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%
22	RUT ACTUALIZADO
23	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA - MAX 30 DIAS
24	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA- MAX 30 DIAS
25	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA-MAX 30 DIAS
26	PLANILLA DEL ULTIMO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL
27	DOS (2) CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS
28	DOS (2) CERTIFICADO AFILIACION A FONDO DE PENSION

13

29	DOS (2) CERTIFICADO DE AFILIACION A ARL	
30	CERTIFICADO CUENTA BANCARIA	
31	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS - VENCIMIENO 10 AÑOS	
32	CERTIFICADO VACUNA TETANO - VENCIMIENTO 10 AÑOS	
33	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L-VENCIMIENTO 5 AÑOS	
34	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O FORMATO QUE CERTIFIQUE QUE LA ADQUIRIO	
35	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	
36	TARJETA PROFESIONAL Y CARNET DE PROTECCION RADIOLOGICA (medicos y tecnico en imágenes)	
37	CERTIFICADO EXPOSICION IONIZANTES (RADIOLOGOS)	
38	FORMATO DE BIENES Y RENTAS	
39	FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTES (VoBo PLANEACION)	
40	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL	
41	CERTIFICADO DE IDONEIDAD	
42	CERTIFICACION CURSO DE HUMANIZACION EN SALUD SEGÚN REOSLUCION 0238 DEL 12-02-2020-HFLL-POLITICA DE HUMANIZACION EN CONJUNTO CON EL PROGRAMA DE HUMANIZACION- de cada una de las personas que va ha ejecutar el contrato	
43	SIISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC-CONSULTAR EN https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx-DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA HA EJECUTAR EL CONTRATO	
44	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO - conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.	
45	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS -- LEY 1918 DE 2018. - https://inhabilidades.policia.gov.co	
46	CONOCIMIENTO DEL CLIENTE-debidamente verificado y firmado	
47	ACTA DE COMPROMISO - conocedor de los principios y valores adoptados por la Institución, incluidos en el "DI-MN-001 Código de Ética" y aprobado mediante la Resolución 4354 del 30 de diciembre de 2015	
48	CERTIFICADO DE QUE recibio la socialización del documento "DI-MN-001 Código de Ética" del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué –Tolima E.S.E. aprobado mediante la Resolución 4354 del 30 de diciembre de 2015, que contiene los principios y valores adoptados por la Institución.	
49	ACTA DE ACEPTACION DE COMPROMISO, PROTOCOLOS ETICOS Y DECLARACION DE VALORES Y PRINCIPIOS-acepto y me comprometo a cumplir y respetar en cada una de mis labores, en el cumplimiento de mis funciones para los cuales estoy vinculada con la Institución, la Declaración de Valores y Principios, que orientan el comportamiento ético de la comunidad del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué , empresa social del Estado, aprobado mediante el Acuerdo No.197 del 25 de julio de 2006	
50	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	
51	FORMATO DE AUTORIZACION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	
52	CERTIFICACION DE SOCIALIZACION DEL CODIGO DE ETICA	

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

Los demás procedimientos que están acordados por acto administrativo del hospital (ver resoluciones anteriores), se pagaran según tarifas pactadas.

Responsable,

Lic. ERIKA PAULINA RIVERA CASTRO
Profesional Especializado Coordinador Unidad Funcional Quirúrgicos
Hospital Federico Lleras Acosta

Dr. LUIS EDUARDO GONZÁLEZ
Gerente

SOLICITUD CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
Código: GF-FR-066	Fecha de elaboración: 03/12/2009	Fecha de actualización: 16/04/2016	Versión: 2	Página 1 de 1	

Fecha
Ibagué, 17 MAR 2023

Para Jefe de presupuesto o quien haga sus veces

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01

Nombre Rubro Presupuestal: Servicios Médicos Especializados

Valor: $105.000.000.00

Justificación

PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS EN MAXILOFACIAL Prestar los servicios para el desarrollo de los procesos y procedimientos quirúrgicos que requieran Atención en MAXILOFACIAL para el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.Cinco meses contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución (CONTRATO)

Nombre, Cargo y firma del Funcionario Autorizado

Lic. ERIKA PAULINA CASTRO RIVERA
Profesional Especializado Coordinadora Unidad Funcional Quirúrgicos

Autorización Ordenador del Gasto:

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

Nombre quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ AM ___ PM___

Diligenció
Nombre: *Firma:*
Fecha: *DD* *MM* *AA*

10:36 AM

Inicio
secop.gov.co

UTC -5 10:36:30
DOLLY ANDREA ALVA...

Buscar...

Id de página:: 14001307 Ayuda

0	0	0	0
Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes	Mensajes

El Serv
provee
encuer
Haga cl
activarl
activac
del serv
hasta 1

Ya est
una en
Si es ne
solicita
empres
'Config
Usuaric

Me

Sin
Má

Op

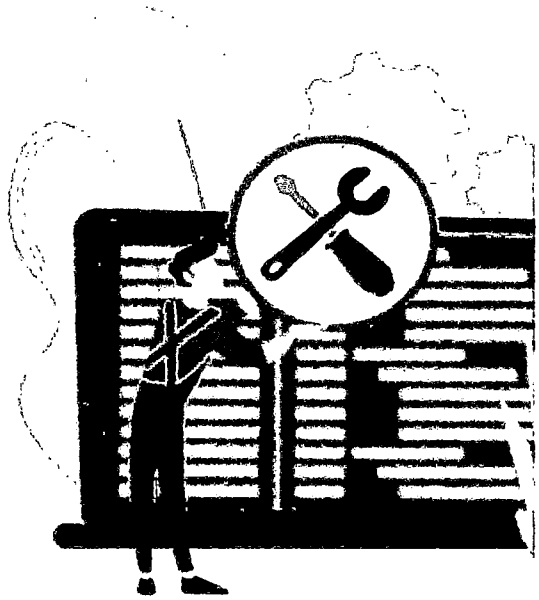
Sin
Má

GOS

a el servicio de
lla

ɔs y proveedores
ngresar al SECOP
ɔrrectos y estén

luirá mejorando.



daVezMejor

◄ ►

16

Ibagué, 17 MAR 2023

Doctor
LUIS EDUARDO GONZALEZ
Gerente
Hospital

Referencia: Propuesta Prestación de Servicios

Respetado Doctor González

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

La presente propuesta se realiza con el objeto de: Prestar los servicios de forma integral para el desarrollo de los procesos y procedimientos de atención de **MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL** para el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.

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

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

Manifiesto bajo la gravedad del juramento lo siguiente:

1. Que cuento con la capacidad suficiente para ejecutar el objeto y las especificaciones de la presente propuesta.

2. Que no nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para licitar o contratar consagradas en las disposiciones contenidas en la Constitución Política, en el artículos 8º de la Ley 80 de 1993 y el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás disposiciones legales vigentes sobre la materia. (En caso de tratarse de un consorcio o unión temporal deberá manifestarse que ninguno de sus integrantes se encuentra en dicha situación).

3. Que ni el representante legal ni ninguno de los miembros que conforman la asociación, tienen parientes en la planta interna y/o externa en los cargos directivo, ejecutivo y/o asesor de la E.S.E.

4. Que la información dada en los documentos y anexos incluidos en esta propuesta nos comprometen y garantizan la veracidad de las informaciones y datos de la propuesta.

5. Que el régimen tributario al cual pertenecemos es Simplificado.

6. Que esta propuesta compromete a los firmantes de esta carta.

7. Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta, ni en el contrato probable que de ella se derive.

8. Que nos comprometemos a ejecutar el contrato por el término establecido a partir del cumplimiento del último de los requisitos de ejecución.

9. Que el valor total de la propuesta es la suma de CIENTO CINCO MILLONES DE PESOS M/C ($105.000.000.00) por CINCO(5) Meses.

10. Que el proponente ni los miembros que lo integran, no están reportados en el Boletín de Responsables Fiscales, expedido por la Contraloría General de la República.

Además, manifestamos:

11. Una vez suscrito el contrato, me comprometo a realizar todos los trámites necesarios para la legalización del mismo, dentro del plazo fijado por la E.S.E.

De igual manera me obligo para con la Entidad a informar todo cambio de mi residencia o domicilio que ocurra durante la ejecución y el desarrollo del convenio que se suscriba, hasta su liquidación final.

Cordialmente,

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS
CC. 65.770.805

18

HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
Nit. 890.706.833-9

Ibagué, 17 MAR 2023

Señora
DOLLY ALVAREZ ROJAS
E. S. M.

Respetado Señora Álvarez

En mi calidad de Gerente del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. me permito informa que se recibió la propuesta para la contratación con el fin de desarrollar el siguiente objeto: **CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SECTOR SALUD, CON ESPECIALIZACIÓN EN MAXILOFÁCIAL;** . la cual fue analizada por el responsable del área que tiene la necesidad de la prestación del servicio y quien elaboró el análisis de conveniencia, y se determinó la aceptación de su propuesta para realizar la contratación.

Se debe presentar en el Hospital en la Oficina Jurídica para la realización del trámite de contratación, con lo que el contratista queda comprometido a cumplir todas las obligaciones señaladas en la propuesta, garantizando que los servicios ofrecidos, cumplen con los requisitos exigidos y los prestará en la forma y dentro de los plazos señalados por el contrato.

El contratista debe conocer las normas legales vigentes sobre la contratación con entidades públicas y verificar no estar impedido para contratar con ellas, ni se encuentre incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Constitución Política de Colombia, Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia.

Cordialmente,

LUIS EDUARDO GONZALEZ
Gerente

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

Entidad Receptora

FUNCIÓN PÚBLICA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ALVAREZ	ROJAS	DOLLY ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SEXO		NACIONALIDAD		PAÍS
C.C *	C.E	PAS	No. 65770805	F *	M	COL. *	EXTRANJERO	Colombia

LIBRETA MILITAR			
PRIMERA CLASE	SEGUNDA CLASE	NÚMERO	D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 08	MES 03	AÑO 1976	CARRERA 12 68-113 APTO 101 INTERIOR 4 RESERVAS DE BOSQUE AMBALA			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Tolima
DEPTO	Bogotá D.C			MUNICIPIO	IBAGUÉ		
MUNICIPIO	BOGOTÁ			TELÉFONO	3014592471	EMAIL	dollyaalvarez@gmail.com

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

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 1994
									X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
ES	8	X		ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	04	2005	764

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	IBAGUÉ	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
2640888	DÍA 07 MES 02 AÑO 2005	DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
CIRUJANO MAXILOFACIAL PRESTACION DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	CALLE 33 K 4A 50

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO	0	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Tolima	IBAGUÉ	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Aprobación de cuatro (4) años de Educación Superior	DÍA 04 MES 02 AÑO 2008	DÍA 16 MES 11 AÑO 2011
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	
Ciencias de la salud		

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

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co

HOJA DE VIDA



Datos Personales

NOMBRE	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	65770805
FECHA DE NACIMIENTO	08 de Marzo de 1976
LUGAR DE NACIMIENTO	Bogotá D.C
ESTADO CIVIL	unión libre
CIUDAD	Ibagué Tolima
DIRECCION	Reservas del bosque interior 4 ap 1
TELEFONO	3014592471
CORREO	dollyaalvarez@gmail.com

Estudios Universitarios

- ***TITULADO ODONTÓLOGA GENERAL***
  Fundación universitaria San Martín
  Colombia – Bogotá
  Agosto 2000

- ***POSTGRADO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  Fundación universitaria San Martín
  Colombia – Bogotá
  Abril 2005

- ***TESIS MERITORIA***
  "ANÁLISIS FISIOLÓGICO DE EQUILIBRIO EN NIÑOS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO"
  Fundación universitaria San Martín
  Colombia – Bogotá
  Agosto 11 – 2000

- ***TESIS***
  "PROTOCOLO DE MANEJO, DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL EL TUNAL"
  Fundación universitaria San Martín
  Colombia – Bogotá
  Marzo - 2005

Talleres y Cursos

- ***AOCMF REGIONAL COURSE – ADVANCES IN FACIAL TRANSPLANT & HEAD NECK RECONSTRUCTION***
  SEPTIEMBRE 2016
  MEDELLIN COLOMBIA

- ***XI CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL INJERTOS DE TEJIDO BLANDO, DERMIS ALREDEDOR DE IMPLANTES MICROCIRUJIA TUNELIZACION Y MAGNIFICACION.***
  CARTAGENA DE INDIAS
  COLOMBIA FEBRERO – 2016

- ***XIX CONGRESO INTERNACIONAL DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL***
  CIALACIBU
  Lima – Perú
  Abril de 2015
- ***XI CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  CARTAGENA DE INDIAS
  COLOMBIA FEBRERO -2016

- ***XXXIX CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  ACCOMF
  Cali – COLOMBIA
  Marzo de 2015

- ***XXI CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  ICOMS
  España – Barcelona
  Octubre de 2013

- ***SEMINARIO TALLER SER EXCELENTE***
  CORLINDE
  Colombia – Ibagué
  Marzo de 2011

- ***XXXV CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  ACC OMF
  Colombia – PEREIRA
  Marzo de 2011

- ***REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA***
  Fundación Salamandra
  Colombia – Ibagué
  Julio de 2011

- ***SOPORTE VITAL BASICO***
  Fundación Salamandra
  Colombia – Ibagué
  Julio de 2011

- ***XX CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  ICOMS
  Chile – Santiago
  Noviembre de 2011

- ***XXXIV CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  ACC OMF
  Colombia – CARTAGENA
  Marzo de 2010

- ***CURSO AOCMF PRINCIPIOS BASICOS CRANEOMAXILOFACIAL***
  AOCMF
  Colombia – Bogotá
  Octubre de 2010

- ***BIOHORIZONS INTERNATIONAL SYMPOSIUM SERIES***
  BIOHORIZONS
  Colombia – Bogotá
  Mayo de 2010

- ***PRE CONGRESO CURSO INTERNACIONAL CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  ACC OMF
  Colombia - Medellín
  Noviembre de 2009

- ***REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA***
  Fundación Salamandra
  Colombia – Ibagué
  Mayo de 2009

- ***SOPORTE VITAL BASICO***
  Fundación Salamandra
  Colombia – Ibagué
  Mayo de 2009

- ***PROTECCION RADIOLOGICA***
  UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
  Colombia – Ibagué Abril de 2009

- ***CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  ACC OMF
  Colombia – Medellín
  Noviembre de 2009

- ***XXXIII CONGRESO NACIONAL***
  ACC OMF
  Colombia – Bogotá
  Marzo de 2009

- ***3 CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL E IMPLANTOLOGIA***
  Universidad Nacional de Colombia
  Colombia-Bogotá
  Octubre de 2008

- ***XXXII CONGRESO NACIONAL***
  ACC OMF
  Colombia – CARTAGENA
  Abril 2008

- ***CURSO INTENSIVO EN IMPLANTOLOGIA***
  ILAPEO
  CURITIBA – BRASIL
  JULIO 2008

- ***CONTROVERSIAS EN CIRUGIA MAXILOFACIAL***
  UNIVERSIDAD MAYOR DE SANTIAGO DE CHILE
  SANTIAGO DE CHILE
  JUNIO 2007

- ***CURSO BASICO EN TRAUMA FACIAL***
  UNIVERSIDAD MAYOR DE SANTIAGO DE CHILE
  SANTIAGO DE CHILE
  JUNIO 2007

- ***POSTGRADO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  Fundación universitaria San Martín
  Colombia – Bogota
  Abril 2005

- ***XXXI CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  Colombia – Bogota
  Marzo 17-18 y 19 – 2007

- ***II CONGRESO INTERNACIONAL DE PATOLOGÍA Y CIRUGÍABUCO MAXILOFACIAL***
  Nuevos conceptos en la clasificación de quistes y tumores de la OMS
  Hospital Universitario San Vicente de Paúl
  Colombia – Medellín
  Junio 8 – 2006

- ***II CONGRESO INTERNACIONAL DE PATOLOGÍA Y CIRUGÍA BUCO MAXILOFACIAL***
  Hospital Universitario San Vicente de Paúl
  Colombia – Medellín
  Junio 8 y 10 – 2006

- ***INSTITUTO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA PLÁSTICA***
  I Curso regional tratamiento primario de urgencias
  Participo como conferencista
  Colombia – Ibagué
  Noviembre 19 – 2005

- ***SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA ORAL E IMPLANTOLOGIA***
  Asociación colombiana de cirugía oral y maxilofacial
  Colombia – Bogota
  Octubre 15 y 16 – 2005

- ***CONGRESO DE IMPLANTOLOGIA ORAL***
  Asociación colombiana de cirugía oral y maxilofacial
  Colombia – Santa marta
  Noviembre 18 al 20 – 2004

- ***II SIMPOSIO INTERNACIONAL DE NOBEL DIRECT IMPLANTES***
  Nobel biocare Colombia S.A.
  Colombia – Bogota
  Junio 23 y 24 – 2004

- ***II CONGRESO DE TRAUMA DE GUERRA***
  Ministro de defensa
  Hospital militar central
  Colombia – Bogota
  Abril 22 -23 y 24 – 2004

- ***XXVIII CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  Asociación colombiana de cirugía oral y maxilofacial
  Colombia – Bogotá
  Marzo 20 -21 y 22 – 2004

- ***SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE HEMOFILIA ,MANEJO INTEGRAL***
  Liga colombina de hemofilia
  Colombia – Bogota
  Septiembre 25 y 26 – 2003

- ***XXV CURSO ANUAL DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  Colombia – Bogota
  Octubre 12 y 13 – 2002

- ***IX CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN CÁNCER DE CAVIDAD ORAL***
  Instituto nacional de cancerológica
  Colombia – Bogota
  Septiembre 6 y 7 – 2002

- ***II CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  Universidad nacional e Colombia
  Postgrado de ciencias humanas
  Colombia – Bogota
  Abril 27 y 28 2001

- ***XXV CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL***
  Colombia – Santa marta
  Noviembre 2-3 y4– 2001

- ***PRIMER TALLER COLOMBIANO DE MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES HEMOFÍLICOS***
  Liga colombina de hemofilia
  Colombia – Bogota
  Junioe20 y 21 – 2001

- ***II SEMINARIO DE ACTUALIZACIÓN PARA ODONTÓLOGOS GENERALES CÁMARA Y COMERCIO***
  Colombia – Ibagué
  Septiembre 1y2 – 2000

- ***SIMPOSIO ODONTOLOGÍA ORAL***
  Fundación universitaria San Martín
  Colombia – Bogota
  Abril 6 al 13 del 2000

- ***ÚLTIMOS AVANCES DE LA ODONTOLOGÍA DEL 2000***
  Hospital militar
  Colombia – Bogota
  Noviembre 2 y 3 1999

Experiencia Laboral

- ***HOSPITAL SAN BLAS***
  Residente en cirugía oral y maxilofacial
  Trauma facial y cirugía oral
  Colombia – Bogota
  Enero a junio 2001

- ***HOSPITAL EL TUNAL***
  Residente en cirugía oral y maxilofacial
  Trauma facial y cirugía reconstructiva
  Colombia – Bogota
  Diciembre 2002 hasta octubre 2002

- ***INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLÓGICA***
  Residente en cirugía oral y maxilofacial de cabeza y cuello
  Colombia – Bogota
  Octubre 2002 hasta enero2003

- ***HOSPITAL SAN JOSÉ***
  Residente en cirugía maxilofacial y cirugía ortognatica
  Colombia – Bogota
  Junio del 2003 hasta febrero 2004

- ***HOSPITAL SAN BLAS***
  Residente mayor en cirugia oral y maxiiofaciai (docente)
  Trauma facial y cirugía oral
  Colombia – Bogota
  Febrero 2004 hasta junio 2004

- ***HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA***
  Residente mayor en cirugía oral y maxilofacial
  Trauma facial y cirugía oral
  Colombia –Ibagué
  Julio 2004 hasta diciembre2004

- ***INSTITUTO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA PLÁSTICA***
  Especialista en cirugía maxilofacial
  Colombia –Ibagué
  Enero 2005 a la fecha

- ***E.P.S. SALUD FAMILIAR COOMEVA***
  Especialista en cirugía oral y maxilofacial
  Colombia –Ibagué
  Junio 2005 hasta marzo 2007

- ***HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA***
  Especialista en cirugía oral y maxilofacial
  Colombia –Ibagué
  Enero 2005 hasta la fecha

- ***CLÍNICA PILI CARPAS ALABARRIETA***
  Especialista en cirugía oral y maxilofacial
  Colombia –Ibagué
  Junio 2005 hasta marzo 2007

- ***CENTRO DE ESPECIALISTAS***
  Practica privada
  Cirugía oral e implantologia

- ***HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL***
  Especialista en cirugía oral y maxilofacial
  Colombia –Espinal
  Julio 2010 hasta la fecha

- ***DOCENTE UNIVERSITARIO FACULTAD DE ODONTOLOGIA***
  UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
  Colombia- Ibagué
  Junio 2010- junio 2012

Referencias Familiares

LUIS ENRIQUE ALVAREZ LAVERDE
PADRE
2647918-2630073

Referencias Personales

CARLOS HERNANDO GONZALES
Cirujano Maxilofacial
3102785014

XIMENA GUARNIZO
Anestesióloga
3005572619

SANDRA VARGAS
Cirujana Plástica
3162369800

LEONARDO CASTELLANOS
Cirujano Maxilofacial
3158524616

Referencias Laborales

Hospital Federico Lleras Acosta
Hospital San Rafael el espinal
María Nefi - GINESCOOP
313-8930643

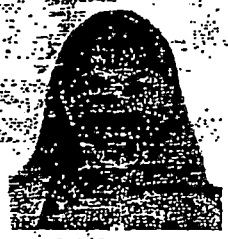
Asotrauma
Edna Cristina Morales Cardona
Talento humano
2641920

Ejercito Nacional
Prestación de servicios – clínica de especialidades
Pablo Chacón – coordinador contrato
3214075266

Dolly Andrea Alvarez Rojas
Cirujano Maxilofacial
RM 764
CC. 65770805 de Ibagué

32

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 65.770.805
ALVAREZ ROJAS
DOLLY ANDREA



Dolly Andrea Alvarez R.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1976
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
31-OCT-1994 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A-2900100-63114992-F-0065770805-20031135 03355033090 01 14397421

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

INSCRIPCION PROFESIONAL
489/2005-73 764/200

DOLLY ANDREA
ALVAREZ ROJAS
C.C. No. 65770805
REGISTRO PROFESIONAL
764 2000-09-2(



ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL Y MAXILO-FACIAL

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA
ALVAREZ ROJAS

Ha cumplido con los requisitos legales para ejercer en el Departamento del Tolima

ODONTOLOGA

Dennis Amparo Vasquez A.
Secretaria de Salud

Alfonso Ricaurte Riveros
Director de Desarrollo
Oferta de Servicios



CC 65.770.805 de Ibague
Nombres:
Dolly Andrea
Apellidos:
Alvarez Rojas
FIRMA DEL INTERESADO
09 JUN. 2008

No. 19198991

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD
CERTIFICA
QUE A LA FECHA 09 JUN. 2008 EL PORTADOR DE ESTE DOCUMENTO CUYA FOTOGRAFIA, IMPRESION DACTILAR DEL INDICE DERECHO Y NUMERO DE CEDULA DE CIUDADANIA QUE ANTECEDEN:
-NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES-

FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO DEL DAS AUTORIZADO

ACC OMF

ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

XL CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Certifica Que:

DOLLY ALVAREZ ROJAS

Asistió al **XL Congreso Nacional de Cirugía Oral y Maxilofacial.**
Realizado los días 25, 26 y 27 de febrero de 2016.

CARLOS ALBERTO RUIZ
Presidente ACCOMF

MIGUEL ESCOBAR MORALES
Secretario ACCOMF

Hotel Las Américas, Cartagena de Indias.

ACC OMF

ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

XL CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Certifica A:

DOLLY ALVAREZ ROJAS

Por su asistencia al Hands On **Injertos de Tejidos Blandos, Dermis Alrededor de Implantes Microcirugía Tunelización y Magnificación.**

Realizado el día 26 de febrero de 2016.

CARLOS ALBERTO RUIZ
Presidente ACCOMF

MIGUEL ESCOBAR MORALES
Secretario ACCOMF

Hotel Las Américas, Cartagena de Indias.

ACC
OMF

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

CERTIFÍCA QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

Asistió al XXXIX CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL realizado en Cali los días 26, 27 y 28 de marzo de 2015

DIEGO LUIS ESQUIVEL CAMPO
PRESIDENTE ACCOMF

SERGIO M. CASTELLANOS GARCÍA
Secretario General ACCOMF

57

ACC OMF

ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

XL CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Certifica Que:

DOLLY ALVAREZ ROJAS

Asistió al **XL Congreso Nacional de Cirugía Oral y Maxilofacial.**
Realizado los días 25, 26 y 27 de febrero de 2016.

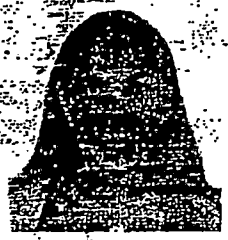
CARLOS ALBERTO RUIZ
Presidente ACCOMF

MIGUEL ESCOBAR MORALES
Secretario ACCOMF

Hotel Las Américas, Cartagena de Indias.

36

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 65.770.805
ALVAREZ ROJAS
APELLIDOS
DOLLY ANDREA
NOMBRES



Dolly Andrea Alvarez R.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1976
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
31-OCT-1994 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A-2900100-63114992-F-0065770805-20031105 0335503300901 14397

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

INSCRIPCION PROFESIONAL
489/2005-73 764/200

DOLLY ANDREA
ALVAREZ ROJAS
C.C. No. 65770805
REGISTRO PROFESIONAL
764 2000-09-2(



ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL Y MAXILO-FACIAL

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA
ALVAREZ ROJAS

Ha cumplido con los requisitos legales para ejercer en el Departamento del Tolima

ODONTOLOGA

Dennis Amparo Vasquez A.
Secretaria de Salud

Alfonso Ricaurte Riveros
Director de Desarrollo
Oferta de Servicios



CC. 65.770.805 de Ibague
Nombres:
Dolly Andrea
Apellidos:
Alvarez Rojas
FIRMA DEL INTERESADO
09 JUN. 2008

No. 19198991

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD CERTIFICA
QUE A LA FECHA 09 JUN. 2008 EL PORTADOR DE ESTE DOCUMENTO CUYA FOTOGRAFIA, IMPRESION DACTILAR DEL INDICE DERECHO Y NUMERO DE CEDULA DE CIUDADANIA QUE ANTECEDEN:
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES.

FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO DEL DAS AUTORIZADO

ACC OMF

ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

XL CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Certifica A:

DOLLY ALVAREZ ROJAS

Por su asistencia al Hands On **Injertos de Tejidos Blandos, Dermis Alrededor de Implantes Microcirugía Tunelización y Magnificación.**

Realizado el día 26 de febrero de 2016.

CARLOS ALBERTO RUIZ
Presidente ACCOMF

MIGUEL ESCOBAR MORALES
Secretario ACCOMF

Hotel Las Américas, Cartagena de Indias.

ACC
OMF

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

CERTIFÍCA QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

Asistió al XXXIX CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL realizado en Cali los días 26, 27 y 28 de marzo de 2015

DIEGO LUIS ESQUIVEL CAMPO
PRESIDENTE ACCOMF

SERGIO M. CASTELLANOS GARCÍA
Secretario General ACCOMF

40

Clínica Asotrauma

Ibagué, Mayo 27 de 2022

CLINICA ASOTRAUMA S.A.S

NIT.800.209.891-7

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora **DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 65.770.805 expedida en Ibagué, presta sus servicios profesionales en la Entidad como Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, a través de la empresa Maxiorales Centro Radiologico Digital S.A.S identificada con Nit: 900.459.337 desde el 1 de Junio del Año 2005, tiempo en el cual ha demostrado un excelente desempeño profesional.

Su contrato se encuentra vigente.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Atentamente;

MARTIN ALFONSO BOTERO CAÑÓN
Representante Legal

Av. 19 No. 118 – 95 Ofic. 616, Bogotá DC. Tel: 6208730 – 7191451
Cra. 4D No. 32 – 34, Ibagué, Tolima. Tel: (8) 515 3000
www.asotrauma.com.co

GINOBSCOOP
Cooperativa de Servicios Médicos
Especializados de la Salud del Tolima
NIT. 809.005.201-1

LA SUSCRITA GERENTE

DE LA COOPERATIVA DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS DE LA SALUD DEL TOLIMA "GINOBSCOOP"

CERTIFICA QUE:

La Doctora DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS, identificada con cédula de ciudadanía No. 65.770.805 de Ibagué, se encuentra vinculada a esta Cooperativa mediante contrato de prestación de servicios profesionales, desde el 01 de Octubre de 2010 hasta la fecha, desempeñándose en el cargo de Médico Especialista en Cirugía Maxilofacial, de acuerdo a la asignación de actividades determinadas por la Cooperativa con las diferentes entidades con que tiene convenio.

Expedida en Ibagué a los dieciséis (16) días del mes de Enero de 2019, con destino al Interesado.

MARIA NEIFY VARGAS RODRIGUEZ
Gerente

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD

EL DIRECTOR DE LA DIRECCION DESARROLLO OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

HACE CONSTAR:

Que la Odontóloga, **DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS,** identificada con cédula de ciudadanía No.65.770.805 de Ibagué, esta autorizada para ejercer en el territorio del Tolima, entrego la documentación y actualmente esta tramitando su Inscripción laboral en el Departamento del Tolima, como **ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado y tiene una validez de dos (2) meses a partir de la fecha de expedición.

Dada en Ibagué, el miércoles 01 de junio 2005.

ALFONSO RICAURTE RIVEROS.

Liliana C.

43

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101058811	1

TOMADOR	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
ASEGURADO	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
19 / 12 / 2022	09 / 12 / 2022	09 / 12 / 2023	09 / 12 / 2022	09 / 12 / 2023

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CIRUGIA MAXILOFACIAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 600,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	$ 600,000,000.00		

DEDUCIBLES: ° 400,000,000.00 $ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******600,000,000.00	PRIMA:	$ **********166,189.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********31,575.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********197,764.00

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11021102530194(3900)000000197764(96)20231209

REFERENCIA PAGO: 1102110253019-4

62-03-101058811

FIRMA AUTORIZADA

JULIANANITOLA

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101058811	1

TOMADOR	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
ASEGURADO	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR/ASEGURADO: DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

No. DE IDENTIFICACION:65770805

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: DE LAS 24 HORAS DEL 09/12/2022 A LAS 24 HORAS DEL 09/12/2023

SINIESTRALIDAD:NO

BASE DE COBERTURA:
CLAIMS MADE - hechos ocurridos durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (desde el inicio de afiliacion del correspondiente afiliado activo solidario a S.C.A.R.E), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (si es contratado) Siempre que el asegurado haya tenido poliza bajo esta misma modalidad durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado. En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

CONDICIONADO GENERAL:
Forma FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I, En adicion a lo indicado en las condiciones generales de la poliza, la cobertura otorgada se rige por lo contenido en estas condiciones particulares.

LIMITE ASEGURADO, DEDUCIBLE Y PRIMA:

VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA: $ 600.000.000

PRIMA ANTES DE IVA: $ 166.189

GRUPO 1
PRIMERA CONDENA:
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: $ 200.000.000
DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 400 SMMLV: $ 400.000.000
SEGUNDA CONDENA EN ADELANTE:
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO:$ 87.780.300

DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 200 SMMLV: $ 175.560.600

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: CIRUGIA MAXILOFACIAL
COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: HASTA 100%

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizar hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o a terceros siempre que los hechos hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (si es contratado), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza. (Siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

consecuencia de actos erroneos, negligencia o impericia, accion u omision, cometidos de manera involuntaria por el profesional y/o auxiliar de la salud asegurado en el ejercicio de la actividad de la salud descrita en la poliza y por los cuales sea civilmente responsable.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducir en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

PARAGAFO: SEGURESTADO, indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA:
Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:

2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101058811	1

TOMADOR	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
ASEGURADO	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este.
No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo de exclusiones de esta poliza.

2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURASUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: Hasta 100%
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: Hasta 100%
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: Hasta 100%

ILUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no ser responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

EXCLUSIONES DEL CONDICIONADO GENERAL:

1.Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento o un tiempo despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.
3.Responsabilidad de otros profesionales de la salud, por la prestacion de sus servicios profesionales en el consultorio o en los predios del asegurado.
4.Perjuicios causados por la prestacion de servicios de salud por personas que no esten legalmente habilitadas para ejercer la profesion o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente.
5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcoholicas, intoxicantes o narcoticas.
6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
8.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos de tipo estetico o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.
9.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artifical o fecundacion in vitro.
.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.
ra el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que rresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:
I-Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.
II-Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.
III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.
11.Responsabilidad civil profesional por emision de dictmenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente.
12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo vih (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.
13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, o sanciones de caracter administrativo.
14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.
En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.
Esta exclusion no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.
15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.

46

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101058811	1

TOMADOR	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
ASEGURADO	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de la salud acreditados para este fin.
17.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.
18.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente. Salvo lo señalado en el articulo 7 de la ley 23 de 1981 y las que lo modifiquen, que dice:
cuando no se trate de casos de urgencia, el medico podra excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestacion de sus servicios, en razon de los siguientes motivos:
A. Que el caso no corresponda a su especialidad?
B. Que el paciente reciba la atencion de otro profesional que excluya la suya?
C. Que el enfermo rehuse cumplir las indicaciones prescritas,
Caso en el cual segurestado respaldar al asegurado unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la cartula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.
19.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos o perjuicios por el suministro drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.
20.Violacion del secreto profesional.
21.Perdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electronico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.
22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.
23.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.
24.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.
25.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o debera saber que es portador de una enfermedad.
26.Actos medicos indirectos, y los denominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia, etc.
27.Actos medicos que se efecten con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.
28.Filtraciones contaminantes o residuos patologicos, incluyendo los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.
29.Organismos patogenicos.
30.Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado.
31.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (shec) y programa de hospitalizacion domiciliaria (phd).
32.Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.
33.Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.
34.Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.
35.Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier otra entidad.
36.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:
I-Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasion, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones belicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelion, revolucion, insurreccion, o conmocion civil alcanzando la proporcion de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.
II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.
37.Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.
38.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:
I-La accion de energia atomica.
II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.
III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.
39.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su caracter de funcionario o servidor publico segun lo define la ley correspondiente. En todo caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.
40.Responsabilidad civil profesional del area o actividades netamente administrativas.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101058811	1

TOMADOR	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
ASEGURADO	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

41.La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.
42.El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.
43.Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
44.La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subito e imprevisto.
45.El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego.
46.Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.
47.Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). Asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
48.Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.
49.Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico quirurgico.
50.Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.
51.Se excluye cualquier reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo.
52.Perjuicios derivados de actos medicos cometidos fuera de la republica de Colombia.

EXCLUSIONES ADICIONALES CONDICIONES PARTICULARES:

1.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.
2.La responsabilidad civil extracontractual del asegurado, por actividades ajenas a su actividad profesional medica.
3.Gastos judiciales y/o gastos de defensa por cualquier causa.
4.Perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo. (esta exclusion ser aplicable para aquellos aparatos y/o equipos que son de responsabilidad y para el desarrollo de la actividad del asegurado).
5.Procedimientos sin la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad deber estar firmada por los padres o acudientes.
b) El (os) Medico(s) tratante(s) y
c) La Enfermera asistente o un testigo
6.El asegurado no lleve control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad en una bitacora diaria.
7.El asegurado, no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada.
8.Se excluyen las reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucion No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 y los demas que lo reglamenten y/o lo modifiquen.
9.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.
10.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.
11.Eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.
12.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.

DEFINICIONES:

VALOR ASEGURADO: La definicion del numeral 8 VALOR ASEGURADO en la Seccion III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 12/08/2019 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I, se modifica y queda asi para la presente poliza:

VALOR ASEGURADO O LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA Es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado y corresponde a la maxima responsabilidad de SEGURESTADO en caso de existir lugar a una indemnizacion por uno o ms eventos amparados a la luz del contrato de seguros.

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO:

a)Para la primera condena en cabeza del asegurado el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado.

b)En el evento en que con la primera indemnizacion no se agote el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA, para las condenas sucesivas en cabeza del asegurado se establece como LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO el establecido en el cuadro de tarifas ANEXO 2 de este convenio, sin que en ningun caso se exceda del LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA.

SINIESTRO: La definicion del numeral 5 SINIESTRO en la Seccion III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 12/08/2019 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I, se modifica y queda as para la presente poliza:

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

40

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101058811	1

TOMADOR	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
ASEGURADO	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS			CC	65.770.805
DIRECCION	CALLE 48 N 3 06	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	2648587
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SINIESTRO: Para los efectos de este seguro, se entiende por siniestro el acto erroneo por el cual se imputa responsabilidad civil profesional al asegurado, acaecido en forma accidental, subita e imprevista que haya causado un daño material, lesion personal y/o muerte, generador de perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, ocurridos durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (desde el inicio de afiliacion del correspondiente afiliado activo solidario a S.C.A.R.E, siempre que el profesional asegurado haya tenido poliza bajo esta misma modalidad durante dicho periodo de retroactividad) sin que exista periodo de interrupcion en la vigencia de la poliza y cuyas consecuencias jurdicas sean reclamadas al asegurado y al asegurador, por via judicial o extrajudicial durante la vigencia de la poliza.

As mismo, la serie de actos erroneos que son o estan temporal, logica o causalmente relacionados por cualquier hecho, circunstancia, situacion o evento, se consideran parte de un mismo siniestro y constituiran un solo y unico daño y/o costo sin importar el numero de reclamantes y/o reclamaciones formuladas.

AMBITO TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION APLICABLE:Colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:

-FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: De contado a la entrega la poliza.

S.C.A.R.E sin costo alguno y bajo su propia responsabilidad, asumir la asistencia y defensa juridica por reclamaciones judiciales y extrajudiciales a traves de su equipo juridico del profesional de la salud asegurado bajo esta poliza, asi as lo consiente el profesional de la salud, siempre que el hecho por el cual se reclama haya ocurrido durante la vigencia de la poliza o en el periodo de retroactividad (si es contratado), lo anterior en un todo bajo el reglamento FEPASDE.

-Terminos y Condiciones sujeto a confirmacion escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los ultimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo secuestro de Historias Clinicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.

SE MODIFICA LA EXCLUSION 8 POR LA SIGUIENTE:

No se cubren tratamientos con fines de embellecimiento practicados por medicos esteticistas. Aquellos procedimientos quirurgicos y no quirurgicos, practicados por cirujanos plasticos estan cubiertos siempre y cuando demuestren su competencia e idoneidad con los titulos obtenidos a traves de su formacion en educacion formal, o mediante entrenamiento especifico relacionado, que debe ser certificado por una institucion de educacion superior debidamente reconocida por el Estado Colombiano. No se cubre el resultado.
Los Anestesiologos que participen en los procedimientos antes descritos estan amparados siempre y cuando los procedimientos sean realizados por un cirujano plastico en las condiciones ya descritas.

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

INSCRIPCION PROFESIONAL
489/2005-73 764/200

DOLLY ANDREA
ALVAREZ ROJAS
C.C. No. 65770805
REGISTRO PROFESIONAL
764 2000-09-2(



ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL Y MAXILO-FACIAL

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA
ALVAREZ ROJAS

Ha cumplido con los requisitos legales para ejercer en el Departamento del Tolima

ODONTOLOGA

Dennis Amparo Vasquez A.
Secretaria de Salud

Alfonso Ricaurte Riveros
Director de Desarrollo
Oferta de Servicios

Cruz Roja Colombiana
Seccional Tolima

CENTRO DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Dirección Seccional de Educación
Resoluciones Nº 1152 del 2005 Secretaria de Salud del Tolima

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

Identificado(a) con D. I. N° 65.770.805
Asistió y Aprobó el Curso de Formación para:

SOPORTE VITAL AVANZADO

Orientado en Ibagué el 03 Y 04 de Febrero del 2017 con una intensidad de 48 horas teórico prácticas.

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de la salud.

Valido por dos (2) años.

HAROL TRUJILLO BOCANEGRA
Presidente

CRUZ ROJA COLOMBIANA Seccional Tolima DIRECTOR DOCENTE

BIBIANA PATRICIA TRUJILLO
Directora de Educación

Código No.: TLM-01-056-0010-17
Acta N°:011-17

La autenticidad de éste documento puede verificarse mediante solicitud al correo docenciatolima@cruzrojacolombiana.org, indicando el N° del Acta y Código del mismo

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

17

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

C.C. 65.770.805 DE IBAGUE (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

MANEJO Y CUIDADOS DEL DONANTE

Realizado los días 12 al 13 de NOVIEMBRE de 2021, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 13 DE NOVIEMBRE DE 2023.

DADO EN ESPINAL (TOLIMA), A LOS 13 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2021.

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

NIT: 900892190-2

FUNDACIÓN ATUSALUD INTEGRAL



Certifica que:

Solo con las Manos

Dolly Andrea Álvarez rojas

CC: 65.770.805

PARTICIPÓ EN EL CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

(40 HORAS)

Educación informal: no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional. Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas.

Ibagué –Tolima, Enero 19 de 2019

Edgar Díaz Orjuela
CC: 93412823
Representante Legal

Nataly Medina Quiróz
COLPSIC: 142486
Psicóloga-Especialista

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

154

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

C.C . 65.770.805 DE IBAGUE (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Realizado los días 04 al 05 de NOVIEMBRE de 2021, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 05 DE NOVIEMBRE DE 2023.

DADO EN ESPINAL (TOLIMA), A LOS 05 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2021.

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.

NIT: 900892190-2

FUNDACIÓN ATUSALUD INTEGRAL

Humanización en Salud

Certifica que:

Solo con las Manos



Dolly Andrea Álvarez Rojas

CC: 65.770.805

PARTICIPÓ EN EL CURSO DE HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

(40 HORAS)

Educación informal: no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional. Se realiza con el objetivo de brindar oportunidades para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas.

Ibagué –Tolima, 22 de Febrero de 2020

Edgar Díaz Orjuela
CC: 93412823
Representante Legal

Yurani Andrea Sánchez Ríos
CC: 28.539.627
RUN 15634
Enfermera Profesional Especialista

55

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989

No. CERTIFICADO: TNEO2023-1628

LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

HACE CONSTAR:

Que la persona con No. de identificación 65770805, NO REGISTRA ANTECEDENTES por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día martes, 14 de marzo de 2023 a las 09:00

Esta constancia NO acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 3100 de 2019, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respetivo documento de identificación coincida con el aquí registrado.

La firma mecánica plasmada en este documento tiene plena validez para todos los efectos legales, según lo establecido en la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2150 de 1995.

JENNIFER BRAVO GALLO
Abogada Secretaria (E)

Para verificar la validez de este certificado puede ingresar a la página http://www.tribunaleticaodontologica.org/tneo/validacertifica.aspx o escanee el código QR

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

56



Cambiar

2840

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-03-08→12:52:40 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	65770805	DOLLY	ANDREA	ALVAREZ	ROJAS	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) DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS identificado(a) con CC 65770805 registra La siguiente información:

2023-03-08→12:52:40 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ODONTOLOGIA	2000-09-26	73764	Colegio Colombiano de Odontologos
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	2005-04-19	4006	Colegio Colombiano de Odontologos

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|BOGOTÁ, D.C.|BOGOTÁ, D.C.	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Odontología	Colegio Colombiano de Odontologos

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).



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.770.805

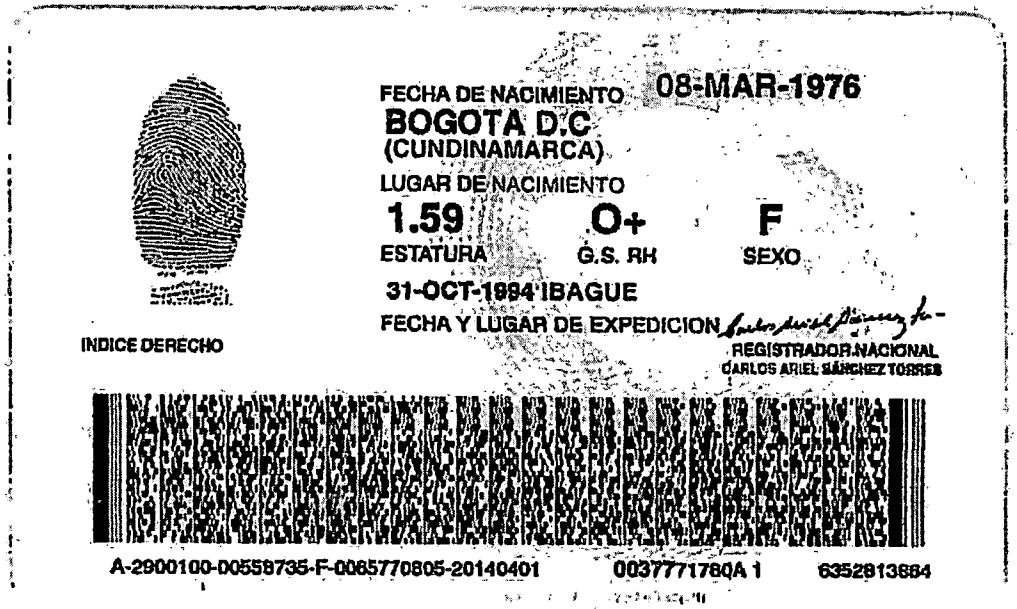
ALVAREZ ROJAS

APELLIDOS

DOLLY ANDREA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1976
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

31-OCT-1994 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900100-00558735-F-0065770805-20140401 0037771780A 1 6352913884

18

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14711844525

(415)7707212489984(8020) 000001471184452 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 5 7 7 0 8 0 5	1	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 5 7 7 0 8 0 5	1 9 9 4 1 0 3 1

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALVAREZ	ROJAS	DOLLY	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: CONJ RESERVAS DEL BOSQUE IN 4 AP 101

42. Correo electrónico: dollyaalvarez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 7 7 2 8 1 9	3 0 1 4 5 9 2 4 7 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 0 5 0 6 0 7						2 2 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2020 - 09 - 21 / 10 : 18: 14

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

59

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 13 de marzo de 2023, a las 09:24:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	65770805
Código de Verificación	65770805230313092458

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 218247682

WEB
12:46:47

60

Bogotá DC, 08 de marzo del 2023

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) DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65770805:

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

61

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:46:09 PM horas del 08/03/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **65770805**
Apellidos y Nombres: **ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA**

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.

DIJIN

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

62

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/03/2023 12:48:59 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **65770805** y Nombre: **DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS.**

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. **55433556** . 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.

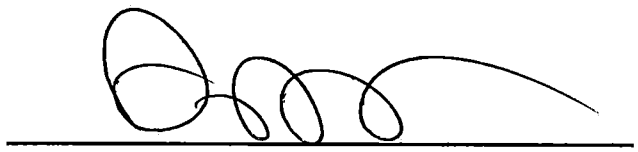
Nueva Busqueda | Imprimir

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

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Dolly Andrea Alvarez Rojas, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 65772805, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;



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 12:49:44 horas del 08/03/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **65770805,** Apellidos y Nombres **ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA,** con NIT **890706833-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

65

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65770805		ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 12 no 69-113 torre 4 apto 101	IBAGUE-TOLIMA	2484258	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1918598803	9446900443	I	2023/02/02	2023/02/15	BANCOLOMBIA	13	$1,686,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	65770805	ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA	25-14	30	$5,200,000	$884,000	EPS005	30	$5,200,000	$650,000		0	$0	$0	14-25	30	$5,200,000	$126,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$5,200,000	$884,000			$5,200,000	$650,000			$0	$0			$5,200,000	$126,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$884,000	$13,600	$0	$897,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$884,000	$13,600	$0	$897,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$126,700	$2,000	$0	$128,700
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$126,700	$2,000	$0	$128,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$650,000	$10,000	$0	$660,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$650,000	$10,000	$0	$660,000
TOTAL				1	$1,660,700	$25,600	$0	$1,686,300

2023/02/15 09:56 AM

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 65770805
NOMBRES Y APELLIDOS	Alvarez Rojas,Dolly Andrea
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2007
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Alvarez Rojas,Dolly Andrea, a los 30 días del mes de octubre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

6X

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **65770805,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de marzo de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Colmena Seguros

68

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA
IDENTIFICACIÓN:	CC 65770805
INICIO VIGENCIA:	22/07/2022
FECHA INICIO CONTRATO:	19-07-2022
FECHA FIN CONTRATO:	31-03-2023
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	PRINCIPAL
CLASE:	3
TASA:	2,436
ODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA EL TRABAJADOR:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos. La atención de pacientes internos, que se realiza bajo la supervisión directa de médicos y abarca: la atención odontológica a pacientes internos en hospitales cuando se presta por profesionales vinculados a la institución de internación; el servicio de personal médico general y especializado y paramédico en: servicio de complementación terapéutica: rehabilitación (por terapistas), optometría, psicología, nutrición, fonoaudiología, etc., cuando se prestan a pacientes internos; servicios de urgencias. Servicios de quirófanos, servicios de farmacia, servicios de comida a pacientes internos y otros servicios hospitalarios; servicios de centros de planificación familiar que proporcionan tratamiento médico tales como esterilización e interrupción del embarazo, cuando se realizan con internación.

DATOS CONTRATANTE

ONTRATANTE:	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CC /NIT:	NI 890706833
CONTRATO:	95000536
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	ACTIVO
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 13/03/2023 10:25:48. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

69

Colmena Seguros

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos. La atención de pacientes internos, que se realiza bajo la supervisión directa de médicos y abarca: la atención odontológica a pacientes internos en hospitales cuando se presta por profesionales vinculados a la institución de internación; el servicio de personal médico general y especializado y paramédico en: servicio de complementación terapéutica: rehabilitación (por terapistas), optometría, psicología, nutrición, fonoaudiología, etc., cuando se prestan a pacientes internos; servicios de urgencias. Servicios de quirófanos, servicios de farmacia, servicios de comida a pacientes internos y otros servicios hospitalarios; servicios de centros de planificación familiar que proporcionan tratamiento médico tales como esterilización e interrupción del embarazo, cuando se realizan con internación.

La presente se expide a los 13 días del mes de marzo del año 2023.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

DE COLOMBIA

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 13/03/2023 10:25:48. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

ACEPTACION DE NOTIFICACION POR MEDIOS ELECTRONICOS					
CÓDIGO: GA-FR-153	Fecha de Elaboración: 29/09/2020	Fecha de Actualización: No aplica	Versión: 1	Página 1 de 1	

70

Yo Dolly Andrea Alvarez Rojas, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 65770805 de _____ considerando el artículo 53 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Ley 1437 de 2011, donde se establece que los procedimientos y trámites administrativos podrán realizarse a través de medios electrónicos, de manera atenta solicito que las notificaciones que el Hospital deba hacerme, se realicen a través del siguientes correo electrónico dollyaalvarez@gmail.com adjuntando el respectivo documento.

Atentamente.

Nombre Dolly Andrea Alvarez Rojas
N° de cedula. 65770805

Scotiabank. COLPATRIA

57
71

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 5531083018 , con fecha de apertura 27 de Mayo de 2008 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS
Identificado(a) con tipo de documento C No. 65.770.805

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

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

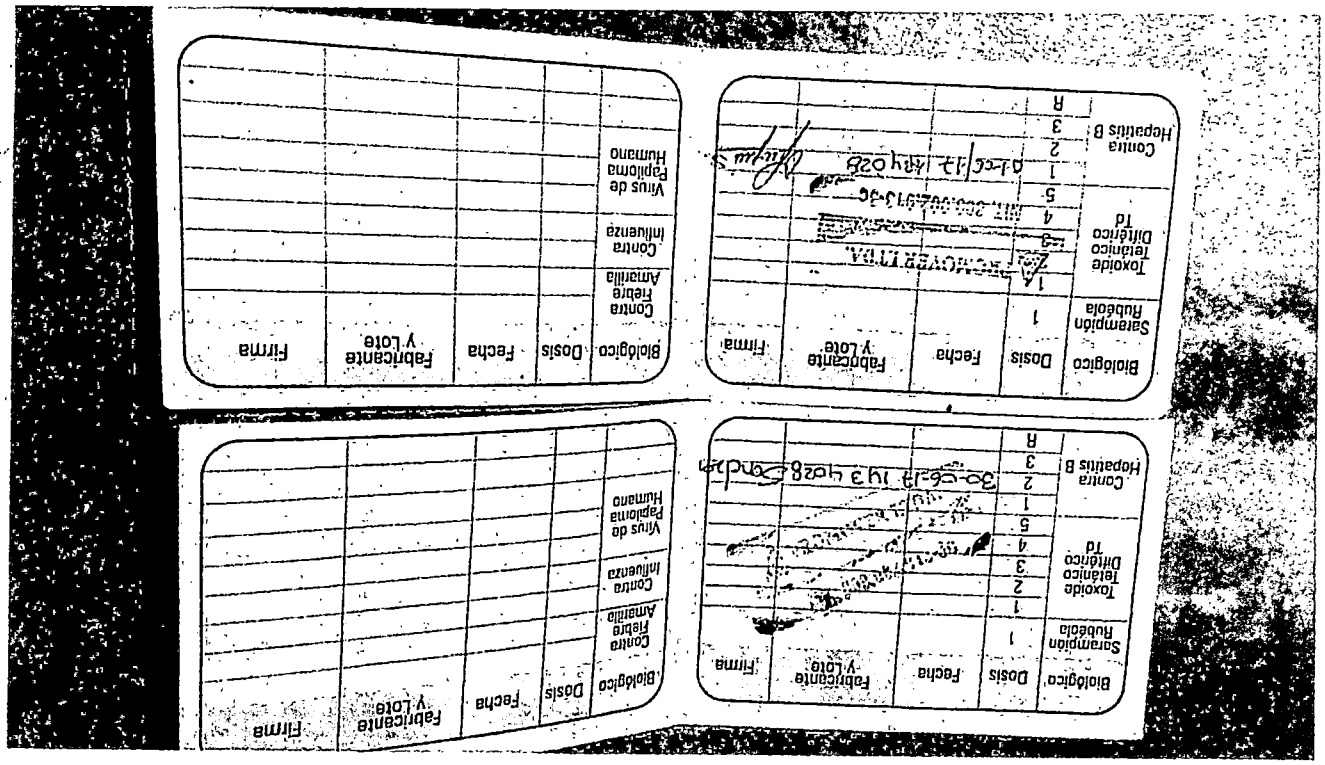
La presente se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Marzo de 2023 .

Cordialmente,

Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes

k Colpatria. S.A.
Scd
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.



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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Dolly Andrea

Apellidos: Alvarez Rojas

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 65.770.805

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 03 Año 1976

Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
20-03-21	Pfizer	EN1425	USI-EJE	Adriana Salgado	28550993
21-04-21	Pfizer	EN1494	USI-ESE	Mercy Olga V.	52500691

Dra. Patricia Gómez de Garcés - Pontificia Universidad Javeriana
Dra. Felisa Lozano de Fajardo - Colegio Mayor De Cundinamarca
Dra. Amparo López Herrán - Pontificia Universidad Javeriana

Sede Centro: Cra 3 No. 9-55 Colsultorio 307 Teléfono: 2619846
Sede Cádiz: Cra 4B No. 31-14 Teléfono: 2645486
Sede El Vergel: C.C. Plazas Del Bosque Local 112 Teléfono 2755189

Laboratorio Clínico Central Ltda.
Apoyo con Calidad en su Diagnóstico

10417824

Solicitud. : 10417824 Página 1 de 2 **Fecha Recepción:** 2021-12-07 09:59:34
Paciente : DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS **Fecha Impresión :** 2021-12-07 11:50:03.
Identificación : 65770805 **Municipio** : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : PARTICULAR **Edad/Sexo** : 45 A / F

ANALISIS	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA	
HEPATITIS B ANTICUERPOS S ANTI HBS				
ANTICUERPOS CONTRA HBS Ag	719.1	mUI/ml		
METODO : ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA				
PROTECCION			MAYORES DE	10

Validado Por:

Paola Diaz

MILENA PAOLA DIAZ DURAN

RP 731053

HEMOGRAMA V GENERACION
CUADRO HEMATICO

LEUCOCITOS.....	6.31	10^3/uL	4.5	10.8
NEUTROFILOS	4.21	10^3/uL	2.20	4.80
LINFOCITOS.....	1.54	10^3/uL	1.30	2.90
MONOCITOS.....	0.48	10^3/uL	0.30	0.80
EOSINOFILOS.....	0.05	10^3/uL	0.0	0.2
NORMOBLASTOS.....:	0.00	10^3/uL	0.31	0.53
GRANULACIONES INMADURAS.....	0.02	10^3/uL	0	0.50
BASOFILOS.....	0.01	10^3/uL	0.0	0.10
NEUTROFILOS	66.7	%	43.0	65.0
LINFOCITOS.....	24.4	%	20.5	45.5
MONOCITOS.....:	7.6	%	5.5	11.7
EOSINOFILOS	0.8	%	0.9	2.9
BASOFILOS	0.2	%	0.2	1.0
GRANULACIONES INMADURAS....	0.3	%	0	5
NORMOBLASTOS.....:	0.0	%	4.6	8.2
RECUENTO GLOBULOS ROJOS.....	4.63	10^6/L	4.20	6.10
HEMOGLOBINA.....	13.2	g/dl	12.0	18.0
HEMATOCRITO.....	38.6	%	37.0	55.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO.....:	83.4	fl	81.0	99.0
HEMOGLOBULINA CORPUSCULAR MEDIA.....	28.5	pg	26.0	31.0
CONCENTRACION DE HCM.....	34.2	g/dl	32.0	36.0
ANCHO DE DISTRIBUCION.....	12.9	%	11.5	15.5
PLAQUETAS.....:	250	10^3/uL	150	400
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO.....:	10.6	fl	6.2	12.0

La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médicc

Para verificar este documento, escanee el código QR o ingrese a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 10417824

URL: https://cutt.ly/CElwlSb

Dra. Patricia Gómez de Garcés - Pontificia Universidad Javeriana
Dra. Felisa Lozano de Fajardo - Colegio Mayor De Cundinamarca
Dra. Amparo López Herrán - Pontificia Universidad Javeriana

Sede Centro: Cra 3 No. 9-55 Colsultorio 307 Teléfono: 2619846
Sede Cádiz: Cra 4B No. 31-14 Teléfono: 2645486
Sede El Vergel: C.C. Plazas Del Bosque Local 112 Teléfono 2755189

Laboratorio Clínico Central Ltda.
Apoyo con Calidad en su Diagnóstico

10417824

Solicitud.	: 10417824	**Fecha Recepción:**	2021-12-07 09:59:34
Paciente	: DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS	**Fecha Impresión**	: 2021-12-07 11:50:03.
Identificación	: 65770805	**Municipio**	: IBAGUE - TOLIMA
Convenio	: PARTICULAR	**Edad/Sexo**	: 45 A / F

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA



Validado Por:

LUZ STELLA CARANTON VARON
BACTERIOLOGA
REG. 13 LC

La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médicc

Para verificar este documento, escanee el código QR o ingrese a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 10417824

URL: https://cutt.ly/CElwlSb

idime

18-E18-269792

Página N° : 1
Fecha ingreso : 21/03/2017 11:29:14 AM
Fecha impresion : 23/03/2017 03:00:45 PM

No. de Orden : E18-269792
Paciente : ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA
Documento Id : 65770805
Empresa : PARTICULAR
Sede : IBAGUE

No. Interno : E18-269792
Edad : 41 a 0 m 15 d
Teléfono : 3014592471
E-Mail : @
No. Autoriza:

HBSAC**

Examen	Resultado	Unidades	OSPJAC Valores de referencia
HORMONAS			
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS			
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	163	UI/L	0 - 0

SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLÍNICA.
VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10
Reactivo: Mayor o igual a 10

CONTROL VACUNACION

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

Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

FIRMA DE RESPONSABLE

RESPONSABLE

Firma: LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

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

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA					
Código: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión:1	Página 1 de 1	

Fecha: 09-01-2019

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Dolly Andrea Alvarez Rojas

Documento de Identidad: 65770805 de: Ibague

Fecha Nacimiento: 08-03-1976 Edad: 42 Sexo: F

Celular: 3014592471

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

78

UNIDAD DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
UNESO S.A.S.
Resolución No. 0216
(14 de noviembre de 2013)

Av. Cumbinal con Calle 65 - Manzana F Casa 17
Jordán 9 etapa - Ibagué
Celulares: 310 - 876 62 02 - 315 - 273 49 15
e mail: unesocupacional@yahoo.es
unesocupacional@gmail.com

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CIUDAD:	IBAGUÉ			FECHA	9- 12 - 2021		
EMPRESA CONTRATANTE:	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA						
EMPRESA EN MISIÓN:							
TIPO DE EXAMEN	INGRESO: X		PERIÓDICO		EGRESO:		
CARGO A/O DESEMPEÑAR:	CIRUJANA MAXILOFACIAL						
NOMBRES Y APELLIDOS.	DOLLY ANDREA ALVAREZ DAJAS						
IDENTIFICACION:	65.770.805		EDAD: 45		TELEFONO: 3014592471		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	X	VISIOMETRÍA		LABORATORIOS			
AUDIOMETRÍA		OTROS:		PSICOLOGIA			
ESPIROMETRÍA				EKG			
OPTOMETRÍA							

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO	SIN PATOLOGÍA APARENTE			
	CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR	X		
APTO CON RESTRICCIÓN		POR MOTIVO DE		
NO CUMPLE CON REQUERIMIENTOS MÉDICOS PARA EL CARGO		POR MOTIVO DE		

EXAMEN PERIÓDICO

PUEDE CONTINUAR LABORANDO				
SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL	TEMPORAL		POR MOTIVO DE	
	PERMANENTE		POR MOTIVO DE	

EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGÍA APARENTE		RETIRO CON PATOLOGIA PARA SU SEGUIMIENTO POR EPS	

CONDUCTA

MANEJO		OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA	
CONTROL PERIÓDICO PROM Y PREV P POR EPS	X	CONTROL PERIÓDICO OCUPACIONAL	X	DIETA	
REMISIÓN A EPS POR		HIGIENE POSTURAL	X	EJERCICIOS REGULAR 3 VECES/SEM	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO CON ESP.		UTILIZACIÓN DE EPP	X	DEJAR HABITO DE FUMAR	
REMISIÓN A ARP PARA MANEJO DE CASO		REAL. DE PRUEBAS COMPLEMEN.		DEJAR HABITO DE ALCOHOL	
SEGUIMIENTO CASO A ARP		INDUCCIÓN PUESTO DE TRABAJO	X		
INCLUIR EN SVE					

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

INDUCCIÓN PUESTO TRABAJO
HIGIENE POSTURAL
USO COMPLETO EQUIPO PROTECCIÓN INDIVIDUAL
CONTINUA EN EPS DE HTO.
CONTROL ANUAL POR M. LABORAL

LA HISTORIA CLÍNICA MÉDICA OCUPACIONAL ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA CONFIDENCIAL, ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS MÉDICAS OCUPACIONALES CERRADAS AL TRATAMIENTE ESTARÁ A CARGO DEL PROFESIONAL DE SALUD OCUPACIONAL MÉDICO ESPECIALISTA DEL TRABAJO O SALUD OCUPACIONAL CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLÍNICA. (RESOL. 2 1995/2007, ART. 10. RESOL. 1918/2009, ART. 17-1).

Alexander Moreno Sierra
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Universidad El Bosque
RESOLUCION: 2644 -13 SST

FIRMA MÉDICO Y REGISTRO:

FIRMA DEL PACIENTE C.C.:

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

29

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Dolly Andrea Alvarez Rojas

IDENTIFICADO CON: C.C. X 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 65770805 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia | Departamento Tolima | Municipio Ibague

Dirección Cra 3 Reserva del Bosque | Teléfonos 3014597471

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Jose Andres Velasco Alvarez	1104547200	Hijo
Alejandro Velasco Alvarez	1104550801	Hijo

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	193.442.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$193.442.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Colpatria	Ahorros		Ibague	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	Casa	300.000.000
Carro	Carro	205.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

80

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Bancolombia		70.000.000
Bancolombia		170.000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nº
German Alfredo Restrepo Lopez	C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3	10018228

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Ibagué
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Contrato OPS

61

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES
PERSONA NATURAL

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

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD: Ibague

Importante: Este formato debe quedar completamente diligenciado y en letra imprenta. Por lo anterior en aquellos espacios en los cuales no tenga información para relacionar por favor escribir N.A (No Aplica).

1. INFORMACION GENERAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Alvarez	Rojas	Dolly Arlen

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

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 65770605

SEXO: F [X] M [ ]

FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	
31	10	1994	Ibague	06	03	1978	Bogota

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	OCUPACION / OFICIO	PROFESION
Colombiana			

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
Cra 1 Reserva del Bosque	Tolima	Ibague

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO FIJO	CELULAR
dollyalvarez@gmail.com	2772819	3145927471

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

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

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

¿Cúal? _____

2. INFORMACION FINANCIERA

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

EXPORTACIONES	[ ]	INVERSIONES	[ ]	ENVIO Y/O RECEPCION DE GIROS	[ ]	TRANSFERENCIAS	[ ]
IMPORTACIONES	[ ]	PRESTAMOS	[ ]	PAGO DE SERVICOS	[ ]	OTRA?	[ ]

¿Cúal? _____

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA.

4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Declaro que para efectos de vinculación con el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, el suscrito ha suministrado datos personales.

En consecuencia autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestacion del servicio correspondiente así como a la circulación o transferencia de ellos todo, aun en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o laboral o la misma hubiere terminado. Así mismo autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos a los datos biometricos.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que el Hospital mehan informado los derechos que se tienen como titular de la información de acuerdo con la Ley y su manual de políticas que se encuentra disponobles en la pagina www.hfileras.gov.co igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Feb.
08/03/2022

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES
PERSONA NATURAL

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

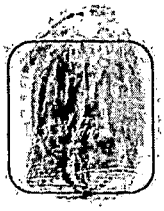
5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

6. FIRMA Y HUELLA

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

FIRMA Y CEDULA



HUELLA

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

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	
	10	03	2023		11:07 Am

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

OBSERVACIÓN: No reporta restricción en las listas consultadas del Sarlaft y PADM.

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	FIRMA	CARGO
Carlos E Hernandez R		Profesional Universidad

Revisó: Claudia Y. Reyes R.

Nacq

83 55

HOSPITAL Federico Lleras Acosta

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA GESTION DEL TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E.

En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993, inciso 2 de la artículo 1 del decreto 2209 de 1998, del literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, manual de contratación y atendiendo las disposiciones legales sobre la materia

CERTIFICA

Que revisada la planta de personal permanente y temporal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E., se determinó que no existe personal de planta necesario para prestar los servicios de **Maxilofacial.**

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

Dado en Ibagué el día 17 MAR 2023

VICTORIA EUGENIA AVILEZ AROCA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA GESTION DEL TALENTO HUMANO.

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE LA UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E.

En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993, inciso 2 de la artículo 1 del decreto 2209 de 1998, del literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, en concordancia con lo dispuesto en el estatuto de contratación

CERTIFICA QUE

Con el fin de contar con una persona natural que preste el servicio de Maxilofacial por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa, se procede a realizar el análisis de la experiencia e idoneidad para la celebración del presente contrato con el **DRA. DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS** Identificado con cedula de ciudadanía No. 65.770.805.

De conformidad con la oferta de servicios, hoja de vida, certificaciones, y antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales radicados oportunamente y como resultado del análisis y valoración que de los mismos se realizó, El **DRA. DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS** ; se encuentra apto para desarrollar la prestación de servicios **ESPECIALIZADOS EN MAXILOFACIAL** en forma integral, en los servicios del Hospital, por sus condiciones de idoneidad y experiencia.

La capacidad e idoneidad y experiencia para la ejecución del contrato está demostrada por los siguientes criterios:

CAPACIDAD	CUMPLE	
	SI	NO
Hoja de vida en formato único	X	
Formato de declaración de bienes y rentas	X	
Constancia de afiliación al sistema de seguridad social	X	
Registro único tributario	X	
Fotocopia de la cédula	X	
Antecedentes fiscales	X	
Antecedentes disciplinarios	X	
Antecedentes penales	X	
El contratista declaró por escrito que no se encuentro incurso(a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia	X	
IDONEIDAD		
El contratista presentó diplomas y otros documentos que acreditan un perfil profesional acorde con el servicio requerido	X	
EXPERIENCIA		
El contratista presentó documentos y certificaciones que acreditan la experiencia requerida	X	

En consecuencia, certifico que el **DRA. DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS** cumple los requisitos técnicos y específicos esenciales requeridos en los Estudios Previos y resulta conveniente para el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E suscribir un contrato de prestación de Servicios Profesionales para la prestación de servicios **ESPECIALIZADOS EN MAXILOFACIAL.**

Dado en Ibagué el 17 MAR 2023

Cordialmente,

Enf. ERIKA PAULINA RIVERA CASTRO
Unidad Funcional Quirúrgicos

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

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

RECEPTOR:

ROVEEDOR [ ] CONTRATISTA DE SERVICIOS [X] T.H DE LA EMPRESA [ ]
ESTUDIANTE [ ] RESIDENTE [ ] VISITANTE [ ] OTRO [ ]
CUAL_____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.- USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.

b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

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

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 17 MAR 2023 Ciudad: Ibagué

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Dolly Ruben Alvarez Rojas

No. C.C : 6917060

FIRMA:

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

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

☐ **Aspirante** ☐ **Estudiante** ☐ **Pacientes y Acompañantes** ☑ **Proveedores y Contratistas**

☐ **Veedor** ☐ **Empleado o Ex empleado** ☐ **Otro Cual?** _____

GENERALES	La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL. Pago de obligaciones contractuales. Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma. Soporte en procesos de auditoria externa/interna. Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente. Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL. Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar. Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL. Con propósitos de seguridad o prevención de fraude. Actualización de datos entregados por el Titular. Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL
Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen	
ASPIRANTES	Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Realización de procesos de elección y promoción interna.
ESTUDIANTES	Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos. Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio. Realización de publicaciones internas y externas. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono). Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos. Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente. Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios. Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos. Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud. Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios. Ofrecer información sobre campañas, programas especiales. Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario. Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas. Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problematicas sociales identificcadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar , Abandono Social y maltrato infantil. Diligenciamiento de estudio socioeconomicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por la institución.
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad. Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas. Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil. Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.

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

EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo. Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados. Realización de publicaciones internas y externas. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Brindar información a empresas que solicitan verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previa verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información). Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones. Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital . Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
VEEDORES	Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios. Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales. Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial. Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comites de Etica Hospitalaria y Alianza de usuarios Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.

DECLARACIÓN:

Yo:_____mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

Las Políticas de Tratamiento de Datos Personales, se encuentran disponibles en la Página Web del Hospital: www.hfilleras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de _____ a los (17) días del mes de _____ del Año _____. 17 MAR 2023

Firma: _____

Nombre: _____

C.C No: _____ **de:** _____

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización:_____

Nombre del menor de edad:_____

Documento de Identidad:_____Tipo: NUIT____ TI:____Otro_____

Direccion de Correspondencia:_____

Ciudad:_____Telefonos Fijos:_____

Celular:_____E-mail:_____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor :_____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor :_____Parentesco_____

FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES

CODIGO: GA-FR-168	FECHA DE ELABORACIÓN: 16/03/2021	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: No aplica	VERSIÓN: 1	PÁGINA: 1 DE 1

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Anual___

Al momento de la vinculación___

Yo Dalby Arlen Alvarez Reyes identificado(a) con cédula de ciudadanía N.° 65.776.895 de Ibagué vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

Directivo ____
Ordenador del gasto____
Supervisor de contrato____
Responsable del proceso de inspección y vigilancia_____
Interventor_____
Responsable del control interno_____
Responsable del proceso de contratación_____
Responsable de la pagaduría_____
Responsable de la tesorería_____
Otro X ¿Cuál?_____

en el cargo específico o contrato: CPS Profesional en trabajo: Secretaría de Planeación

Entiendo la presente como una medida preventiva, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente declaración de intereses particulares, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Que es mi interés atender la política de integridad y cumplir con los valores del servicio público del código de integridad.
- Que los conflictos de intereses se pueden presentar cuando el deber propio de la función pública se ve afectado por intereses particulares, los cuales podrían influir real o potencialmente en la forma correcta del ejercicio de funciones y responsabilidades oficiales.
- Que conozco lo dispuesto sobre conflictos de intereses en la normatividad vigente : Código Disciplinario Único , el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 1474 de 2011.
- Que conozco las inhabilidades e incompatibilidades en mi calidad de servidor público o particular que cumple funciones públicas.

Por lo anterior, a continuación me permito declarar mis intereses particulares:

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

Las siguientes son las sociedades, empresas, negocios, fundación, asociación u organización con o sin ánimo de lucro, de las cuales soy dueño, socio, representante legal, directivo o empleado, o lo he sido en los últimos 5 años:

Entidad o negocio: _____
Tipo de participación: _____
Fechas de ingreso y salida: _____
Compromiso vigente de confidencialidad: SI/NO X

2. Actividades económicas o profesionales de los parientes cercanos, cónyugue o compañero permanente

A continuación registro a mis familiares: cónyuge, compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, que por su sus actividades económicas o profesionales de carácter privado podrían generar un potencial conflicto de intereses:

Nombres y apellidos del familiar:_____
Número de documento de identidad:_____
Tipo y grado de parentesco:_____
Descripción de actividades económicas o profesionales:_____
Fechas de ingreso y salida:_____

Otro interés particular

Describa otras posibles situaciones que puedan generar un potencial conflicto de intereses por la función que desempeña (revise la normatividad sobre causales en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011):_____

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:
Firma del (la) declarante: _____
Cédula de ciudadanía N.° 65.776.895 de Ibagué
Fecha: _____

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.
Nombre de quien recibe: _____
Firma: _____
Cédula de ciudadanía N.° _____de_____

Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011.

Nota: La declaración de conflicto de intereses está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por la oficina de control interno de la entidad o ente responsable.

90

FORMATO REGISTRO SIGEP					
CÓDIGO: GA-FR-156	Fecha elaboración: 29/09/2020	Fecha actualización: 27/02/2021	Versión: 2	Página 1 de 1	

PRIMER NOMBRE	Dolly	
SEGUNDO NOMBRE	Andrea	
PRIMER APELLIDO	Alvarez	
SEGUNDO APELLIDO	Rojas	
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	08-03-1976	
GENERO	femenino	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC X	CE
NÚMERO DE DOCUMENTO	65770805	
DIRECCION ACTUAL	Planes del Bosque	
N° TELEFONO FIJO PERSONAL		
N° TELEFONO CELULAR		
CORREO ELECTRONICO	dalyalvarez@gmail.com	
FIRMA SERVIDOR PUBLICO		

TIPO DE VINCULACION:

PLANTA DEFINITIVA_____ PLANTA TEMPORAL _____ SUPERNUMERARIO _____

OTRO _____ ¿Cuál? _____

PRESTACION DE SERVICIOS X N° DE CONTRATO_____