

 <div> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA </div>	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	02
		VIGENCIA	04/05/2023

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.					
NOMBRES Y APELLIDOS: KIARA LISETH ROSADO ARIZA					
CARGO: MEDICO GENERAL					
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTION DEL TALENTO HUMANO					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	/			
2	Hoja de vida en pdf (actualizada con foto)	/			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	/			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	/			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses	/			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses	/			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	/			
8	Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses	/			
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	/			
10	RUT Actualizado	/			
11	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	/			
12	Certificado actual de afiliación EPS	/			
13	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	/			
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	/			
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II	/			
16	Formato de oferta de prestación de servicios	/			
17	Formato de indemnidad	/			
18	Formato de ARL	/			
19	Autorización manejo de datos personales (habeas data)	/			
20	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	/			
21	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	/			
22	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	/			
23	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	/			
24	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	/			
25	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visometría *Vigencia de 3 años	/			
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
26	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
27	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
28	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
29	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado	/			
30	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Tarjeta profesional	/			
33	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca	/			
34	ReTHUS actualizado- pregrado y postgrado (Asistenciales)				
35	Resolución de convalidación de títulos *Aplica para extranjeros				
CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES					
36	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	/			
37	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	/			
38	Manejo del duelo (Asistenciales)	/			
39	Inducción - reinducción corporativa (Todos)	/			
AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
40	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
42	Toma de muestra con fecha de vigencia				
43	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
44	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia	/			
45	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
46	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.	/			
MEDICO URGENCIOLOGO					
47	Certificado en formación de sedación				
ODONTOLOGO					
48	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
49	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
50	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
51	Retiro e inserción DIU				
52	Retiro e inserción JADELLE				

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSION	02
		VIGENCIA	04/05/2023

53	Certificado de formación en toma de citología				
54	Soporte vital avanzado				
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
55	Soporte vital avanzado				
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
56	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
57	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
58	Registro único nacional de tránsito RUNT				
59	Licencia de conducción				
60	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito				
61	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * Vigencia 3 años.				
AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA					
62	Soporte vital básico				
63	Primeros Auxilios				
64	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
INGENIERO BIOMEDICO					
65	Certificado del registro INVIMA				
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO					
66	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
67	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
68	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
69	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular, visimetría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
SERVICIO DE ALIMENTACION					
70	Certificación de manipulación de alimentos				
71	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
MANTENIMIENTO					
72	Certificado curso de alturas				
73	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
EXPERIENCIA LABORAL					
74	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado				
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).
- El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Página 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.


**COORDINADORA TALENTO HUMANO
ROSANA ALEXANDRA SANTO ANGEL**

Soacha, 17 de Agosto de 2023

Doctora.

ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: KIARA LISETH ROSADO ARIZA

Cargo: MEDICO URGENCIAS

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



Nombre: KIARA LISETH ROSADO ARIZA

CC: 1.143.367.654

Dirección: Cra 16 # 79-39

Email: krosadoariza@gmail.com

Celular: 323 2273828

KIARA LISETH ROSADO ARIZA

Profesión: Médico

Universidad: Universidad de Cartagena

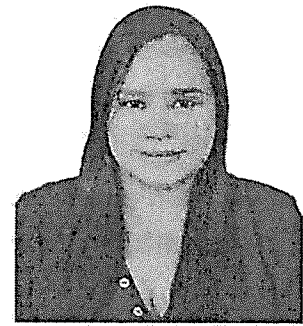
Cédula: 1143367654 de Cartagena

Teléfono: 3232273828

Email: Krosadoariza@gmail.com

Dirección: Carrera 16# 79-39 edificio dimensión 16

Barrio: Lago Gaitán– Bogotá – Colombia



PERFIL

PROFESIONAL

- Orientado a diagnosticar y tratar los problemas de salud más frecuentes en el medio. Proyectar su acción al grupo familiar con un criterio terapéutico y educativo.
- Identificar, analizar y plantear solución a los problemas de salud comunitaria más relevantes en el medio.
- Liderar al equipo de salud en una permanente tarea de promoción, prevención y rehabilitación tanto individual como comunitaria de la población a su cargo.
- Asistir a los pacientes y a la comunidad a su cargo con una sólida formación ética y humanística.
- Actuar en todo momento en forma consciente de sus obligaciones para con la sociedad. Diseñar y ejecutar un proyecto de investigación.

OCUPACIONAL

- Médico General con capacidad de desempeñarse en todos los niveles de atención en salud.
- Médico responsable de un puesto o centro de salud.
- Médico de instituciones educativas. Médico de instituciones deportivas.
- Director de salud de un municipio de quinta y sexta categoría.
- Director de programas específicos de salud en su comunidad.
- Investigador en el área de las Ciencias Biomédicas.

FORMACIÓN ACADEMICA

2010 – Título obtenido: Bachiller académico.

Valledupar- Cesar Instituto Rafael Núñez

2020 – Título obtenido: Médico

Cartagena – Colombia Universidad de Cartagena

Programas manejados: Word, Excel, PowerPoint. **Idiomas:** español: Natal Inglés: Intermedio

- **Seminario: Excelencia personal con técnicas de PNL.** 8 de Septiembre del 2012. Cartagena – Bolívar.
- **Curso taller: Inyectología y administración de medicamentos.** 29 de Mayo del 2013. Cartagena – Colombia. (Johnson y Johnson y ACAMC)
- **Seminario internacional de Neuromarketing. 5 de Junio del 2013.** Cartagena-Bolívar.
- **Taller de Sutura y manejo de heridas.** 15 de Agosto de 2014. Cartagena – Bolívar (Johnson y Johnson y ACAMC)
- **II Seminario de actualización en imagenología para todos.** 03 de Octubre del 2014. Cartagena – Bolívar
- **Habilidades para la vida, 7 talleres** (21 horas de intensidad) dictados por el departamento de prosperidad social del Gobierno. Septiembre del 2014.
- **Simposio de Endocrinología casa con todo.** Cartagena – Colombia Asociación Colombiana de Endocrinología.
- **XXX Congreso Científico internacional calidad de Autor y Expositor.** Septiembre de 2015 del Panamá – Panamá FELSOCM y Universidad de Panamá.
- **Simposio fitness:** mito vs evidencia científica – Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo. Agosto 2016.
- **La endocrinología casa con todo -** Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo. Marzo 2017.
- **XII Congreso de Colombiano de Menopausia (Asistente)** 2017. Barranquilla – Colombia Asociación Colombiana de Menopausia.
- **I simposio de medicina perioperatoria.** GRICIO, Massachusetts Society of Anesthesiologists, Universidad de Cartagena. Marzo 2018.
- **Curso de gestión integral del riesgo, plan anticorrupción y atención al ciudadano.** Subred integrada de servicios de salud sur 24 de Abril 2023.
- **Programa de uso racional y optimización de antimicrobianos (PROA).** Subred integrada de servicios de salud sur 24 de Abril 2023.
- **Farmacia/farmacovigilancia.** Subred integrada de servicios de salud sur 28 de febrero 2023.
- **Detección y cuidado del donante de órganos.** Subred integrada de servicios de salud sur 03 de enero 2023.

- * **Curso Tecnovigilancia.** Subred integrada de servicios de salud sur 29 Noviembre 2022
- * **Curso Humanización de los servicios de salud.** Corporación técnica empresarial para el trabajo 09 Julio 2022
- * **Curso Víctima de Violencia Sexual.** Subred integrada de servicios de salud Sur E.S.E 10 Octubre 2022
- * **Curso Manejo integral del duelo.** Subred integrada de servicios de salud Sur E.S.E 10 Octubre 2022
- * **Curso Detección y Cuidado del Donante de Órganos.** Subred integrada de servicios de salud Sur E.S.E 03 enero 2023
- * **Curso Soporte Vital Avanzado ACLS.** Saber Salud 06 enero 2022
- * **Curso Atención Diferencial en Salud a Personal LGTBI.** Inabtec Rescue 14 de Diciembre 2022
- * **Soporte Vital Básico BLS y Manejo del DEA.** Saber Salud 30 de enero 2021

EXPERIENCIA LABORAL

Oct - Nov. 2019- Sinergia Salud, Sector Privado

Cartagena, Bolívar

Cargo ocupado: MÉDICO INTERNO

Tareas realizadas: Médico interno Electivo de Medicina Familia.

Ago - Sep. 2019- Hospital Universitario del Caribe, Sector Público

Cartagena, Bolívar

Cargo ocupado: MÉDICO INTERNO

Tareas realizadas: Médico interno de Medicina Interna.

Jun - Jul. 2019- Hospital Universitario del Caribe, Sector Público

Cartagena, Bolívar

Cargo ocupado: MÉDICO INTERNO

Tareas realizadas: Médico interno de Cirugía General.

Abril - Mayo. 2019- Clínica Rafael Calvo - Maternidad, Sector Público

Cartagena, Bolívar

Cargo ocupado: MÉDICO INTERNO

Tareas realizadas: Médico interno de Ginecología y Obstetricia.

Feb - Marzo. 2019- Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja – Casa del Niño, Sector Público

Cartagena, Bolívar

Cargo ocupado: MÉDICO INTERNO

Tareas realizadas: Médico interno de Pediatría.

Dic 2018 - Ene. 2019- Hospital de Arroz Barato, Sector Público

Cartagena, Bolívar

Cargo ocupado: MÉDICO INTERNO

Tareas realizadas: Médico interno de Medicina Familiar.

Mayo 28 2020 – Octubre – 15- 2020 – RED MEDICA IPS SAS

Bogotá D.C

Cargo ocupado: MEDICO GENERAL

Tareas realizadas: Medico Tripulante de Ambulancias Medicalizadas traslados de pacientes crónicos y agudos a nivel municipal e intermunicipal y consulta en domicilio.

Febrero 24 2021 – Junio – 04- 2021 – HEALTH & LIFE IPS

Bogotá D.C

Cargo ocupado: MEDICO GENERAL

Tareas realizadas: Medico hospitalario en uci de pacientes crónico y manejo de patologías de (medicina interna, psiquiatríaentre otros.

Junio 28 2021 – Septiembre – 08- 2021 – COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S A, – TEMPORAL (ADECCO COLOMBIA SA) - Contrato Obra y Labor, desempeñando el cargo de MEDICO SOM.

Bogotá D.C

Cargo ocupado: MEDICO GENERAL

Tareas realizadas: Medico Son: Orientación telefónica, Autorizaciones: de urgencias, medico domiciliario con medicina general, médico pediatra, atención de urgencias vitales, ordenamientos de procedimientos entre otros y asignación de citas.

- **Curso Tecnovigilancia.** Subred integrada de servicios de salud sur 29 Noviembre 2022
- **Curso Humanización de los servicios de salud.** Corporación técnica empresarial para el trabajo 09 Julio 2022
- **Curso Víctima de Violencia Sexual.** Subred integrada de servicios de salud Sur E.S.E 10 Octubre 2022
- **Curso Manejo integral del duelo.** Subred integrada de servicios de salud Sur E.S.E 10 Octubre 2022
- **Curso Detección y Cuidado del Donante de Órganos.** Subred integrada de servicios de salud Sur E.S.E 03 enero 2023
- **Curso Soporte Vital Avanzado ACLS.** Saber Salud 06 enero 2022
- **Curso Atención Diferencial en Salud a Personal LGTBI.** Inabtec Rescue 14 de Diciembre 2022
- **Soporte Vital Básico BLS y Manejo del DEA.** Saber Salud 30 de enero 2021

EXPERIENCIA LABORAL

Oct - Nov. 2019- Sinergia Salud, Sector Privado

Cartagena, Bolívar

Cargo ocupado: MÉDICO INTERNO

Tareas realizadas: Médico interno Electivo de Medicina Familia.

Ago - Sep. 2019- Hospital Universitario del Caribe, Sector Público

Cartagena, Bolívar

Cargo ocupado: MÉDICO INTERNO

Tareas realizadas: Médico interno de Medicina Interna.

Jun - Jul. 2019- Hospital Universitario del Caribe, Sector Público

Cartagena, Bolívar

Cargo ocupado: MÉDICO INTERNO

Tareas realizadas: Médico interno de Cirugía General.

FORMACIÓN ACADEMICA

2010 – Título obtenido: Bachiller académico.

Valledupar- Cesar Instituto Rafael Núñez

2020 – Título obtenido: Médico

Cartagena – Colombia Universidad de Cartagena

Programas manejados: Word, Excel, PowerPoint. **Idiomas:** español: Natal Inglés: Intermedio

- **Seminario: Excelencia personal con técnicas de PNL.** 8 de Septiembre del 2012. Cartagena – Bolívar.
- **Curso taller: Inyectología y administración de medicamentos.** 29 de Mayo del 2013. Cartagena – Colombia. (Johnson y Johnson y ACAMC)
- **Seminario internacional de Neuromarketing. 5 de Junio del 2013.** Cartagena-Bolívar.
- **Taller de Sutura y manejo de heridas.** 15 de Agosto de 2014. Cartagena – Bolívar (Johnson y Johnson y ACAMC)
- **II Seminario de actualización en imagenología para todos.** 03 de Octubre del 2014. Cartagena – Bolívar
- **Habilidades para la vida, 7 talleres** (21 horas de intensidad) dictados por el departamento de prosperidad social del Gobierno. Septiembre del 2014.
- **Simposio de Endocrinología casa con todo.** Cartagena – Colombia Asociación Colombiana de Endocrinología.
- **XXX Congreso Científico internacional calidad de Autor y Expositor.** Septiembre de 2015 del Panamá – Panamá FELSOCM y Universidad de Panamá.
- **Simposio fitness:** mito vs evidencia científica – Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo. Agosto 2016.
- **La endocrinología casa con todo** - Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo. Marzo 2017.
- **XII Congreso de Colombiano de Menopausia (Asistente)** 2017. Barranquilla – Colombia Asociación Colombiana de Menopausia.
- **I simposio de medicina perioperatoria.** GRICIO, Massachusetts Society of Anesthesiologists, Universidad de Cartagena. Marzo 2018.
- **Curso de gestión integral del riesgo, plan anticorrupción y atención al ciudadano.** Subred integrada de servicios de salud sur 24 de Abril 2023.
- **Programa de uso racional y optimización de antimicrobianos (PROA).** Subred integrada de servicios de salud sur 24 de Abril 2023.
- **Farmacia/farmacovigilancia.** Subred integrada de servicios de salud sur 28 de febrero 2023.
- **Detección y cuidado del donante de órganos.** Subred integrada de servicios de salud sur 03 de enero 2023.

KIARA LISETH ROSADO ARIZA

Profesión: Médico

Universidad: Universidad de Cartagena

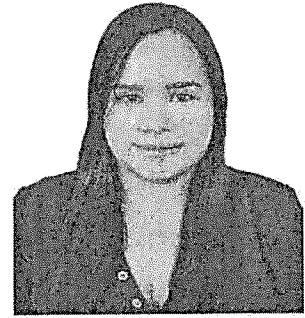
Cédula: 1143367654 de Cartagena

Teléfono: 3232273828

Email: Krosadoariza@gmail.com

Dirección: Carrera 16# 79-39 edificio dimensión 16

Barrio: Lago Gaitán– Bogotá – Colombia



PERFIL

PROFESIONAL

- Orientado a diagnosticar y tratar los problemas de salud más frecuentes en el medio. Proyectar su acción al grupo familiar con un criterio terapéutico y educativo.
- Identificar, analizar y plantear solución a los problemas de salud comunitaria más relevantes en el medio.
- Liderar al equipo de salud en una permanente tarea de promoción, prevención y rehabilitación tanto individual como comunitaria de la población a su cargo.
- Asistir a los pacientes y a la comunidad a su cargo con una sólida formación ética y humanística.
- Actuar en todo momento en forma consciente de sus obligaciones para con la sociedad. Diseñar y ejecutar un proyecto de investigación.

OCUPACIONAL

- Médico General con capacidad de desempeñarse en todos los niveles de atención en salud.
- Médico responsable de un puesto o centro de salud.
- Médico de instituciones educativas. Médico de instituciones deportivas.
- Director de salud de un municipio de quinta y sexta categoría.
- Director de programas específicos de salud en su comunidad.
- Investigador en el área de las Ciencias Biomédicas.

REFERENCIAS PERSONALES

Linda Candy Ríos Valeta

Ocupación: Médico egresado de la universidad de Cartagena

Especialista en gerencia en seguridad y salud en el trabajo

Teléfono: 3022664610

E-mail: Lindacandy20@gmail.com

Jazmín Del Carmen Valerio Castañeda

Ocupación: Médico General, egresado de la Universidad de Cartagena, actualmente estudiante de la Universidad de Cartagena en la especialización de Gerencia en salud.

Teléfono: 3004186396

E-mail: jazmin.valerioc@hotmail.com

REFERENCIAS FAMILIARES

Wilfrido Rosado Samper

Ocupación: Independiente

Teléfono: 3103653755

Nelcy Manjarrez

Ocupación: Abogada

Teléfono: 3187228996

**Julio 15 2022 – Mayo 31- 2023- SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR
OCCIDENTE -contrato prestación de servicios
PROGRAMA SALUD MENTAL**

Bogotá D.C

Cargo ocupado: MEDICO GENERAL:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de cuidado del paciente, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes

**Diciembre 10 2022 – Junio 30- 2023- SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR -
Contrato prestación de servicios
PROGRAMA SALUD PUBLICA TERRITORIO**

Bogotá D.C

Cargo ocupado: MEDICO GENERAL:

Atención de pacientes con ética, valores y principios adheridos al manual de buen gobierno institucional Registros de pacientes y demás actividades que sean necesarias para la operación del programa (registros de HC, desistimientos, formulación, control de atención de pacientes, Participar en las actividades que se desarrollan para la adecuada operación del programa, Revisar registros clínicos, y soportes clínicos necesarios para participar en análisis de caso o actividades de investigación en representación del procedimiento

**Enero 03 2022 – Octubre 31- 2023- SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD NORTE -
Contrato prestación de servicios
PROGRAMA APH**

Bogotá D.C

Cargo ocupado: MEDICO GENERAL:

Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred, Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.143.367.654

ROSADO ARIZA

APELLIDOS

KIARA LISETH

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1993

VALLEDUPAR

(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

12-SEP-2011 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



A-1500150-01264398-F-1143367654-20211110

0076238154A 1

8502582903



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 229544839



PIB

10:36:05

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 17 de agosto 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) KIARA LISETH ROSADO ARIZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1143367654:

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 Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co

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

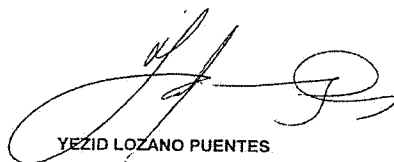
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 17 de agosto de 2023, a las 10:37:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1143367654
Código de Verificación	1143367654230817103725

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:40:04 AM horas del 17/08/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1143367654**

Apellidos y Nombres: **ROSADO ARIZA KIARA LISETH**

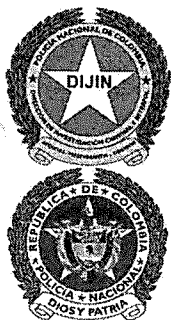
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



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, 23/08/2023 03:12:40 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1143367654**.

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. **70905697**. 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 Búsqueda Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro
es de todos

ES UN
HONOR
SER POLICÍA



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C114336765400139199

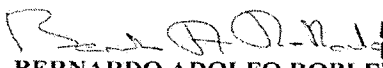
**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ETICA MEDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **KIARA LISETH ROSADO ARIZA**, identificado(a) con C.C. No. 1143367654 y T.P. o R.M. No. 1143367654 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 21 agosto 2023 a solicitud del(a) interesado(a).


BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.

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

antecedentestribunal@outlook.com

 REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Código	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	6/08/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2023-08-13	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ROSADO		ARIZA		KIARA	LISETH
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
☒ C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NIT		114336764	BOGOTÁ/CUNDINAMARCA		2012-09-12
PASAPORTE		OTRO	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1993-08-18		VALLEDUPAR- CESAR	COLOMBIA	COLOMBIANO	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
☒ SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ DIVORCIADO/A ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO/A			0	0	3232273828
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
☐ MAGISTER ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ OTRO					CUAL: ☐ CONTRATISTA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 16 # 79-39		BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3232273828
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
krosadoariza@gmail.com				PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A		N/A		N/A	N/A
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NIT					
PASAPORTE		OTRO	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:
3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐ MAESTRO ☐ PERSONAL DEPENDIENTE ☒	ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐	JUEGAR ☐ COMERCIANTE ☐	PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA... ☐	CUAL: MEDICO GENERAL	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	IVA	CODIGOS CLIF ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	8621	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR		
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		NO ☒		ESE Región de Salud Soacha	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO	SERVICIOS	SALUD	# NIT
				☒	800006856-3
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐					
OTRA ☒ CUAL:					

REGION DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Código	TH. FTO. 45	
				Version	0	
				Vigencia	6/08/2022	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO	Ciudad/Municipio	DEPARTAMENTO		PAIS
CL 13 #10-60		(601) 730 92 30	SOACHA	CUNDINAMARCA		COLOMBIA
CARGO ACTUAL			FECHA VINCULACION		2022-08-01	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO						
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA						
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS
SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 2.000.000	AHORROS	\$ 5.000.000	SALDO HIPOTECA
HONORARIOS	\$ 6.050.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*
TOTAL INGRESOS	\$ 6.050.000	TOTAL EGRESOS	\$ 2.000.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 5.000.000	TOTAL PASIVOS
						\$ 1.500.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A		N/A		N/A		N/A
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
GOMEZ		SANCHEZ		LADY		
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CRA 10 # 6 C 28		BOGOTA/CUNDINAMARCA		AMIGA		3207960525
7. REFERENCIA FINANCIERA						
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA		CUENTA AHORROS		5,50488E+14	CARRERA 10	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒						
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA
N/A		N/A		N/A	N/A	N/A
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS						CUAL:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐						
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS						
<p>Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".</p> <p>1. Que los recursos que entregue y entregará a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle: ocupación, profesión, negocio, etc.)</p> <p>MEDICO GENERAL</p> <p>2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad lícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique).</p> <p>3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique).</p> <p>4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaron a actividades lícitas.</p> <p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.</p> <p>6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.</p> <p>7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA.</p>						
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS						
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.</p>						



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA

FORMATO SARLAFT

Codigo

TH_FTO_45

Version

0

Vigencia

6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- AFODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
- NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
 - B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadas de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
 6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
 - 9 AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho



CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1143367654
NOMBRES Y APELLIDOS	Rosado Ariza,Kiara Liseth
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rosado Ariza,Kiara Liseth, a los 17 días del mes de agosto del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) KIARA LISETH ROSADO ARIZA identificado(a) con C.C No. 1.143.367.654, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de agosto del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Rosado		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ariza		NOMBRES Kiara Liseth		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1143367654			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.				
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 18 MES 08 AÑO 1993 PAÍS COLOMBIA DEPTO CESAR MUNICIPIO VALLEDUPAR			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 20A 74 55 Edificio plura coliving PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. TELÉFONO 3232273828 EMAIL krosadoariza@gmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN 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	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	2019	143367654

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD RED MEDICA IPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6159034			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	28	Mes	05	Año	2020	Día	15	Mes	10	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO AMBULANCIA			DEPENDENCIA AMBULANCIA					DIRECCIÓN CALLE 71A 70B 83						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HEALTH & LIFE IPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3177855074			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	24	Mes	02	Año	2021	Día	04	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DOCTOR			DEPENDENCIA HOSPITALIZACION / UCI					DIRECCIÓN CARRERA 30 77 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7462605			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	28	Mes	06	Año	2021	Día	08	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO SOM			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 63 28 75						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	10

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 21 DE AGOSTO 2023

Kuel.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

COLOMBIA
VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MARIO GAITAN
YANGUAS -SOACHA

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Kiara Liseth Rosado Ariza

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1143367654

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CARRERA 20A - 74 55 Edificio plura coliving

TELÉFONO: 3232273828

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
YESMINES ARIZA CORONEL	49766832	MADRE
WILFRIDO ROSADO SAMPER	77018685	PADRE

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 POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN X PARA 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:

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	\$7,100,000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$7,100,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	488413987170	NORTE	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad SI NO

tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

C.C.

C.E.

T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Kuel.

Bogota

2023/08/25

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 17 de agosto de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Kiara Liseth Rosado Ariza, *identificado(a) con cedula No. 1.143.367.654 de Cartagena*, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: MEDICO URGENCIAS, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (X) no () acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,

Karel.

C.C. 1.143.367.654

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-Colombia.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 17 de AGOSTO de 2023

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo Kiara Liseth Rosado Ariza, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.143.367.654 de Cartagena, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: a) La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), c) Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, d) Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,



C.C. No. 1.143.367.654 de Cartagena

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Kiara Liseth Rosado Ariza
 N° Documento: 1.143.367.654
 Fecha de Nacimiento: 1 8 - 0 8 - 1 9 9 3
 Dirección: Cra 16 # 79-39
 Teléfono. Fijo – Celular: 3232273828
 E-mail: krosadoariza@gmail.com
 EPS: Sanitas
 AFP: Colfondos
 Firma Contratista: *Kiara*

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Inicio: _____
 Fecha Finalización: _____
 Valor mensual: _____
 Valor Total: _____
 VoBo Área Contratación: _____

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____
 Firma responsable Afiliación: _____

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

Medellin, 01 de september de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que KIARA LISETH ROSADO ARIZA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143367654 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/09/2023

Fecha fin cobertura: 30/11/2023

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - 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

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436%

TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3861001 - 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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - 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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

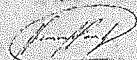
Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

01/09/2023 11.27 AM

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH FTO 31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 17 de Agosto de 2023

Señores: Universidad

LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo KIARA LISETH ROSADO ARIZA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Artículo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad “el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento”.

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

MEDICO GENERAL

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



Nº Documento 1.143.367.654

Tarjeta Profesional Nº 1143367654

Dirección de contacto Cra 16 # 79-39

Teléfono 323 2273828

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

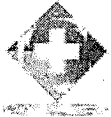
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo, Kiara Liseth Rosado Ariza identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.143.367.654, expedida en Cartagena, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA:**

Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiese causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA: Protección de datos.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA: Utilización de la información:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA: Contraseña:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA: Traspaso de información.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA: Bloqueo.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ: Aplicación normativa.** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 17 Agosto 2023

Karel..



Firma y huella

323 2273828

Celular No.

krosadoariza@gmail.com

Correo institucional

20

)

)

)

)

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH FTO 56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha, 17 Agosto de 2023.

Señores

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
Soacha (Cundinamarca)

Yo Kiara Liseth Rosado Ariza con C.C.1.143.367.654 expedida en Cartagena, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,



C.C. 1.143.367.654

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Código de Seguridad: cYuTPUFkd0/+zfSPxKJ8qA==

COMPANHIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCION GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROSNUMUNDIAL.COM.CO

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSION CLAUSULA DO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS78000000059-D00T

No. PÓLIZA		NV-100062496		No. ANEXO		0		No. CERTIFICADO		34229964		No. RIESGO							
TIPO DE DOCUMENTO								FECHA DE EXPEDICIÓN				25/02/2022				SUC. EXPEDIDORA		AGENCIA NEIVA	
VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE				VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA					
00:00 Horas Del		25/02/2022		24:00 Horas Del		01/03/2024				N/A		N/A		N/A		N/A			
TOMADOR		ROSADO ARIZA, KIARA LISETH												No. DOC. IDENTIDAD		1.143.367.654			
DIRECCIÓN		CR 20 A 74 55 BRR SAN FELIPE												TELÉFONO		3232273828			
ASEGURADO		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE												No. DOC. IDENTIDAD		900.971.006-4			
DIRECCIÓN		CALLE 66 # 15-41												TELÉFONO		cartera@subrednorte.			
BENEFICIARIO		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE												No. DOC. IDENTIDAD		900.971.006-4			
DIRECCIÓN		CALLE 66 # 15-41												TELÉFONO		cartera@subrednorte.			

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO.3870 DE 2022 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCIÓN - CONVENIO INTERADMINISTRATIVO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA
- VIGENTE

[illegible]

INTERMEDIARIOS		TIPO	% PARTICIPACIÓN	
ARCILA PERDOMO ASESORES DE SEGUROS		AGENCIAS	100,00	

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPañIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 25/02/2022

PRIMA BRUTA	\$	46.041,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	46.041,00
GASTOS EXP.	\$	5.000,00
IVA	\$	9.698,00
TOTAL A PAGAR	\$	60.739,00

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN LA PRESENTE PÓLIZA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR EL RETRASO EN EL PAGO DE LA PRIMA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Ángela Patricia Monar Martínez - CC. 52.646.070
 Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:

* Nacional: 01 8000 111 935
* Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HOJA No.

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (DECRETO 1082 DE 2015)

1. RIESGOS AMPAROS

LA ASEGURADORA OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SI, SEGÚN LAS DEFINICIONES Y ALCANCE QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRE LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CON OCASIÓN DE:

- (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO;
- (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO; Y
- (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA.

1.5 AMPARO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES

ESTE AMPARO DEBE CUBRIR A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO EN EL TERRITORIO NACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO.

LA ENTIDAD ESTATAL NO DEBE EXIGIR UNA GARANTÍA PARA CUBRIR ESTE RIESGO EN LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL CON PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL COLOMBIANO.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE OBRA.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO

1.8 AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

ESTE AMPARO CUBRE LA CALIDAD Y EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL EN CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO.

1.9 RESPONSABILIDAD FISCAL

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS CASOS SIGUIENTES:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA).

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.

2.3 USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL QUE ESTE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL.

2.4 EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARATULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

4. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ CONSTAR EN LA CARATULA O EN SUS ANEXOS. EN LOS CONTRATOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.3 DEL DECRETO 1082 DE 2015, EL GARANTE TIENE LA FACULTAD LEGAL DE DECIDIR NO GARANTIZAR LA ETAPA SIGUIENTE, CASO EN EL CUAL DEBE INFORMAR SU DECISIÓN POR ESCRITO A LA ENTIDAD ESTATAL GARANTIZADA SEIS (6) MESES ANTES DEL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE LA GARANTÍA. ESTE AVISO NO AFECTA LA GARANTÍA DE LA ETAPA CONTRACTUAL O PERÍODO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN. SI EL GARANTE NO DA EL AVISO CON LA ANTICIPACIÓN MENCIONADA Y EL CONTRATISTA NO OBTIENE UNA NUEVA GARANTÍA, QUEDA OBLIGADO A GARANTIZAR LA ETAPA DEL CONTRATO O EL PERÍODO CONTRACTUAL SUBSIGUIENTE.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PERDIDA PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

5.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE LA CADUCIDAD DEL CONTRATO Y ORDENE EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE, BIEN SEA DE LA CLÁUSULA PENAL O DE LOS PERJUICIOS QUE HA CUANTIFICADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL IMPONE MULTAS, DEBE ORDENAR EL PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE CONSTITUYE EL SINIESTRO.

5.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011, POR MEDIO DEL ACTO ADMINISTRATIVO EN EL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL DECLARE EL INCUMPLIMIENTO, PUEDE HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, SI ESTÁ PACTADA EN EL CONTRATO, Y ORDENAR SU PAGO AL CONTRATISTA Y AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICIÓN DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIAS DE INCUMPLIMIENTO.

LAS ENTIDADES SOMETIDAS AL ESTATUTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PODRÁN DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO, CUANTIFICANDO LOS PERJUICIOS DEL MISMO, IMPONER LAS MULTAS Y SANCIONES PACTADAS EN EL CONTRATO, Y HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL. PARA TAL EFECTO OBSERVARAN EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO:

A) EVIDENCIADO UN POSIBLE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA, LA ENTIDAD PÚBLICA LO CITARÁ A AUDIENCIA PARA DEBATIR LO OCURRIDO. EN LA CITACIÓN, HARÁ MENCIÓN EXPRESA Y DETALLADA DE LOS HECHOS QUE LA SOPORTAN, ACOMPAÑANDO EL INFORME DE INTERVENTORÍA O DE SUPERVISIÓN EN EL QUE SE SUSTENTE LA ACTUACIÓN Y ENUNCIARÁ LAS NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. EN LA MISMA SE ESTABLECERÁ EL LUGAR, FECHA Y HORA PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA, LA QUE PODRÁ TENER LUGAR A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE, ATENDIDA LA NATURALEZA DEL CONTRATO Y LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. EN EL EVENTO EN QUE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CONSISTA EN PÓLIZA DE SEGUROS, EL GARANTE SERÁ CITADO DE LA MISMA MANERA;

B) EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PRESENTARÁ LAS CIRCUNSTANCIAS DE HECHO QUE MOTIVAN LA ACTUACIÓN, ENUNCIARÁ LAS POSIBLES NORMAS O CLÁUSULAS POSIBLEMENTE VIOLADAS Y LAS CONSECUENCIAS QUE PODRÍAN DERIVARSE PARA EL CONTRATISTA EN DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN. ACTO SEGUIDO SE CONCEDERÁ EL USO DE LA PALABRA AL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA O A QUIEN LO REPRESENTA, Y AL GARANTE, PARA QUE PRESENTEN SUS DESCARGOS, EN DESARROLLO DE LO CUAL PODRÁ RENDIR LAS EXPLICACIONES DEL CASO, APORTAR PRUEBAS Y CONTROVERTIR LAS PRESENTADAS POR LA ENTIDAD;

C) HECHO LO PRECEDENTE, MEDIANTE RESOLUCIÓN MOTIVADA EN LA QUE SE CONSIGNE LO OCURRIDO EN DESARROLLO DE LA AUDIENCIA Y LA CUAL SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN DICHO

ACTO PÚBLICO, LA ENTIDAD PROCEDERÁ A DECIDIR SOBRE LA IMPOSICIÓN O NO DE LA MULTA, SANCIÓN O DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO. CONTRA LA DECISIÓN ASÍ PROFERIDA SÓLO PROCEDE EL RECURSO DE REPOSICIÓN QUE SE INTERPONDRÁ, SUSTENTARÁ Y DECIDIRÁ EN LA MISMA AUDIENCIA. LA DECISIÓN SOBRE EL RECURSO SE ENTENDERÁ NOTIFICADA EN LA MISMA AUDIENCIA;

D) EN CUALQUIER MOMENTO DEL DESARROLLO DE LA AUDIENCIA, EL JEFE DE LA ENTIDAD O SU DELEGADO, PODRÁ SUSPENDER LA AUDIENCIA CUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DE PARTE, ELLO RESULTE EN SU CRITERIO NECESARIO PARA ALLEGAR O PRACTICAR PRUEBAS QUE ESTIME CONDUCENTES Y PERTINENTES, O CUANDO POR CUALQUIER OTRA RAZÓN DEBIDAMENTE SUSTENTADA, ELLO RESULTE NECESARIO PARA EL CORRECTO DESARROLLO DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA. EN TODO CASO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, SE SEÑALARÁ FECHA Y HORA PARA REANUDAR LA AUDIENCIA. LA ENTIDAD PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, SI POR ALGÚN MEDIO TIENE CONOCIMIENTO DE LA CESACIÓN DE SITUACIÓN DE INCUMPLIMIENTO.

7. COMPENSACIÓN

SI LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO, O CON POSTERIORIDAD A ESTE O DEL RESULTADO DE LA LIQUIDACIÓN, FUERE DEUDORA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1417 Y SS. DEL CÓDIGO CIVIL. IGUALMENTE DISMINUIRÁ EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN, EL CORRESPONDIENTE A LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

8. PAGO DEL SINIESTRO.

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

8.1 PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 5.1, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

8.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 5.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE LA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO, O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

8.3 PARA EL CASO PRESENTADO EN EL NUMERAL 5.3, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DE UNA COPIA AUTÉNTICA DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONSTITUYA LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS AL FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN.

PARÁGRAFO. – DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, O CONTINUANDO CON LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, PARA ESTE ÚLTIMO EVENTO SE REQUIERE LA ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD NO IMPEDIRÁ QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA TOMÉ POSESIÓN DE LA OBRA O CONTINÚE INMEDIATAMENTE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO, BIEN SEA A TRAVÉS DEL GARANTE O DE OTRO CONTRATISTA.

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO LA ASEGURADORA RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO O A FAVOR DE QUIEN DETERMINE ESTA, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DE LA ASEGURADORA. EN TAL EVENTO LA ASEGURADORA PRESENTARÁ GARANTÍAS.

9. CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA SEA AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO ORIGINAL SEAN MODIFICADAS, LA ASEGURADORA A SOLICITUD DEL CONTRATISTA GARANTIZADO EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DEL SEGURO, EN DONDE EXPRESE SU CONOCIMIENTO AL RESPECTO DE LAS MODIFICACIONES ACORDADAS ENTRE EL CONTRATISTA GARANTIZADO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA.

10. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1096 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 203 DEL DECRETO 663 DE 1993 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA GARANTIZADO.

11. NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

12. NATURALEZA DEL SEGURO

LA GARANTÍA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA O SUS CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN, NO ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL Y SU EXIGENCIA ESTÁ SUPEDITADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTIFICACIÓN.

13. NOTIFICACIONES Y RECURSOS

LA ENTIDAD CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE DEFENSA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y EL GARANTE.

14. COEXISTENCIA DE SEGUROS

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DE SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAY LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS

15. COASEGURO

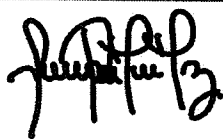
EN CASO DE EXISTIR COASEGURO AL QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1095 DE CÓDIGO DE COMERCIO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN DE LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES, Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

16. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE CONTRATO DE SEGURO.

17. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DE 20____



COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

EL TOMADOR/ASEGURADO

Próximo ciclo 1 mes

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	5-11-11	30012530	Andrés
Tétanos Intánico Difterico To	2	05/06/12	024919096	Andrés
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15-6-12	10241	Juana Polo
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validex	Firma
Contra Fiebre Amarilla	05/04/12	G5469	200ms	Jacobi
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	4-04-21	PFIZER	EW3344 07-21	VIVARIA Director Médico I P S Quirófano	Consuelo Rodríguez Auxiliar Enfermería PUNLA	2173238-3
	2	07-05-21	PFIZER	05-6924 07-21		Leidy Montaña	1030628147

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B HEPAXGENE	1a.	30-05-2010	14060877113	
	2a.	6 SEP 2020	07487-1456	
	3a.	20-01-2016	07487-1456	
		15-07-1013	226414007	

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS A	1	15-07-1013	226414007	

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
TRIPLE VIRAL MORVAP	1	15-07-1013	226414007	

INFLUENZA AGRIPAL + SI	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1	6 SEP 2020	05382110	

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a.	20-05-2010	022-08003196	
	10	21-06-2020	022-08003196	
	10	30-10-2021	21090107	
	10	15-07-2024	220800	

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1			

Certificado de Vacunación

Institución: Ministerio de Salud

Nombre: Kiana Rosendo AA129

Identificación: 1143 367 65X Tel: 323273978

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza	1	26-09-2022	W345730	

Nombre	Edad	Fecha	Relayante	Sexo	Artículo	Nombre de paciente	Código de paciente
		14-01-21	Pfizer		EW 3344	VIVIANA Director Médico P.S. Quirófano	Consuelo Rodríguez Asistente Enfermería PUNCA 2277323
		07-08-21	Pfizer		ET 6024		
					07-21		
						Leidy Montaña	1030628147



NIT 901528146-2
Código de verificación
LLASS6J6MA340624

CERTIFICADO MEDICO SALUD OCUPACIONAL OPTOMETRÍA

Fecha de recepción
26/09/2022



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	Fecha de Nac.:	17/08/1993
Nombre:	KIARA LISETH ROSADO ARIZA	Edad:	29
Documento:	C.C. 1143367654	Actividad Económica:	ASISTENCIAL
Estado Civil:	SOLTERO	Genero:	FEMENINO
Dirección:	CARRERA 16 # 7-9-39	Municipio:	BOGOTÁ, D.C.
Escolaridad:	POSGRADO	Cargo:	MEDICO
Teléfono:	3232273828	AFP:	COLFONDOS
EPS:	SANITAS	ARL:	ARP SURA

Antecedentes ocupacionales

SI ☐ No ☒

Personales	SI	No	Oculares	SI	No
Hipertensión arterial	☒	☐	Cirugía Ocular	☒	☐
Diabetes	☒	☐	Queratocono	☒	☐
Hipoglucemia	☒	☐	Glaucoma	☒	☐
Toxoplasmosis	☒	☐	Catarata	☒	☐
Cefalea	☒	☐	Queratocono	☒	☐
Trauma craneoencefálico	☒	☐	Glaucoma	☒	☐
Otros:	☒	☐	Catarata	☒	☐
NO REFIERE.	☒	☐			

Signos y síntomas

Usa corrección óptica: SI ☐ No ☒

ULTIMO CONTROL JUNIO 2022, NO ALTERACIONES A SIMPLE

Tipo:

Agudeza visual	Sin corrección	Con corrección	Estado y motor cromático
	Lejos Cerca	Lejos Cerca	Cover Test Lejos: ORTHO Cerca: ORTHO
Ojo Derecho:	20/20 20/20	20/0 20/0	Oftalmoscopia OD: NORMAL OI: NORMAL
Ojo Izquierdo:	20/20 20/20	20/0 20/0	Vision Cromática 14/14

Estereopsis 40 SEGUNDOS DE ARCO.

Refracción (Fórmula Final)

ESFERA	0	CILINDRO	0	DP	0	EJE	0
AV	0	ADD	0	TIPO DE LENTE	0		

OBSERVACIONES (Fórmula Final): 0

Examen externo

Resequedad ocular	No presenta	Ptosis palpebral	No presenta	Pterigión	No presenta
Inyección conjuntival	No presenta	Edema palpebral	No presenta	Secreción	No presenta
Hiperemia conjuntival	No presenta	Pinguécula	No presenta	Blefaritis	No presenta

Otros:

Diagnóstico

Aparentemente sano	Ambos Ojos	Emetropía	Ambos Ojos	Defecto refractivo	No presenta
Posible alteración ocular	No presenta	Problema de motilidad	No presenta	Presbicia	No presenta

Interpretación

Requiere utilizar corrección óptica
No requiere corrección óptica
Problema de refracción no corregido
Problema de refracción corregido
Problema de refracción inadecuadamente corregido
Otras:

Interpretación

☐ Valoración por Optometría
☒ Control en un año
☐ Control en seis meses
☐ No requiere corrección óptica
☐ Ejercicio regular 5 veces a la semana
☐

☐
☒
☐
☒
☒

OBSERVACIONES : BUENAS CONDICIONES VISUALES, SE EXPLICA ESTADO VISUAL, SE RECOMIENDA CONTROLES ANUALES CON OPTOMETRIA, REALIZAR EJECICIOS DE PAUSAS ACTIVAS VISUALES EN SITIO DE TRABAJO.

RESULTADO:

Normal

RESTRICCIONES:

KIARA LISETH ROSADO ARIZA
(1143367654)

SANTIAGO ALBERTO FILO VELASQUEZ

- El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios de su cargo.
- DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.


NIT: 901.528.146-2

**CERTIFICADO MEDICO DE PREINGRESO
OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	Fecha de Nac.:	17/08/1993	Edad.:	29
Nombre:	KIARA LISETH ROSADO ARIZA	Documento:	C.C. 1143367854	Escolaridad:	POSGRADO
Cargo:	MEDICO	Actividad Económica:	ASISTENCIAL	Genero:	FEMENINO
Estado Civil:	SOLTERO	Dirección:	CARRERA 16 # 7-9-39	AFP:	COLFONDOS
Municipio:	BOGOTÁ, D.C.	Teléfono:	3232273828	ARL:	ARP SURA
EPS:	SANITAS				

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restricción
OPTOMETRIA	26/09/2022	Normal	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	26/09/2022	Normal	

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

Usar Elementos de Protección Personal
Higiene Postural
Ejercicio regular 5 veces a la semana, en sesiones de media hora
seguir el protocolo de bio-seguridad
pausas activas

Optometria: BUENAS CONDICIONES VISUALES, SE EXPLICA ESTADO VISUAL, SE RECOMIENDA CONTROLES ANUALES CON OPTOMETRIA, REALIZAR EJECICIOS DE PAUSAS ACTIVAS VISUALES EN SITIO DE TRABAJO.

OBSERVACIONES FINALES

Paciente quien no presenta restricciones según Resolución 223 del 2021, Resolución 777 de 2021 y demás normas que modifiquen, complementen o sustituyan.
El examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofas ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor. Se deben implementar las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo, para prevenir patologías osteomusculares y accidentes laborales.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo
---------------------	--	--------

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

VACUNA COVID-19

N/A

Segunda Dosis Pfizer

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paradiánicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paradiánicos solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.

Puedes validar este examen en
<https://www.ocupasalud.com> con el siguiente codigo:
LLASS6J6MA340625



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	Fecha de Nac.:	17/08/1993
Nombre:	KIARA LISETH ROSADO ARIZA	Edad:	29
Documento:	C.C. 1143367654	Actividad Económica:	ASISTENCIAL
Estado Civil:	SOLTERO	Genero:	FEMENINO
Dirección:	CARRERA 16 # 7-9-39	Municipio:	BOGOTÁ, D.C.
Teléfono:	3232273828	AFP:	COLFONDOS
EPS:	SANITAS	ARL:	ARP SURA

Antecedentes Patológicos Osteomusculares

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad.

Examen Físico General

Paciente orientado en las 3 esferas, con signos vitales dentro de límites normales, adecuado desarrollo muscular, marcha normal y estado mental aparentemente sano

Examen Físico Miembros Superiores

Examen de miembros superiores se encuentra sin alteración

Examen Físico Miembros Inferiores

Examen de miembros inferiores se encuentra sin alteración

Arcos de Movimiento en grado de los miembros superiores e inferiores

Examen físico del arco de movimiento de sus miembros superiores o inferiores se encuentra sin alteración

Examen Físico de Columna

Examen físico de la columna y de la pelvis se encuentra sin alteración

Recomendación

Usar Elementos de Protección Personal

Higiene Postural

Ejercicio regular 5 veces a la semana, en sesiones de media hora

seguir el protocolo de bio-seguridad

pausas activas

Optometría: BUENAS CONDICIONES VISUALES, SE EXPLICA ESTADO VISUAL, SE RECOMIENDA CONTROLES ANUALES CON OPTOMETRÍA, REALIZAR EJERCICIOS DE PAUSAS ACTIVAS VISUALES EN SITIO DE TRABAJO.

Restricción

Conclusiones finales

Este examen se realiza en condiciones de reposo. No se encontraron patologías o secuelas de estas que pudieran constituir una limitación o un riesgo para que el trabajador movilice cargas o realice actividades que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos.

[Firma manuscrita]

KIARA LISETH ROSADO ARIZA
 (1143367654)

[Firma manuscrita]
Dr. Tatiana Prada Galvan
 Físico Terapeuta
 C.C. 1143367654
 Físico Terapeuta Profesional
 Físico Terapeuta

DRA. TATIANA PRADA GALVAN



LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Cartagena de Indias, Colombia

ACTA DE GRADO No. 051201211

En la ciudad de Cartagena a los treinta (30) días del mes de enero del año 2020, se llevó a cabo ceremonia solemne de graduación privada, por solicitud del Decano de la Facultad de Medicina al señor Rector, quien autorizó el acto mediante Resolución 03329 de fecha 19 de diciembre 2019, por medio de la cual de acuerdo a la ley y los estatutos de la Universidad, otorga el título de:

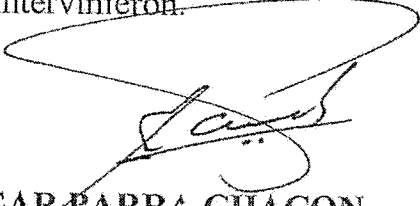
MÉDICA

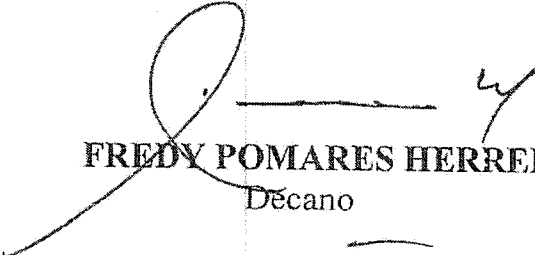
A

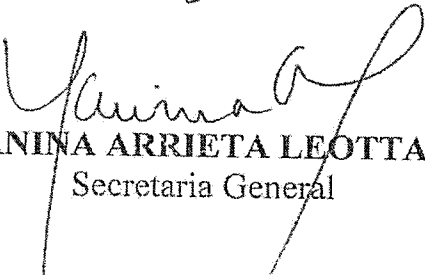
KIARA LISETH ROSADO ARIZA

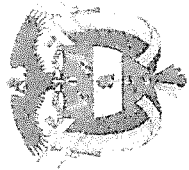
Portador de la cédula de ciudadanía No. 1.143.367.654 expedida en Cartagena, a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del diploma que lo autoriza para el ejercicio profesional como MÉDICA según las disposiciones legales vigentes.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por todos los que en ella intervinieron.

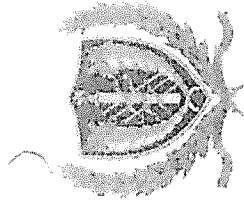

EDGAR PARRA CHACON
Rector


FREDY POMARES HERRERA
Decano


YANINA ARRIETA LEOTTAU
Secretaria General



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre



LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TÍTULO DE

MÉDICA

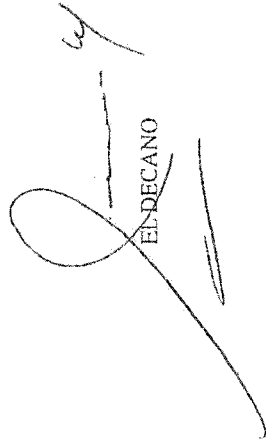
A

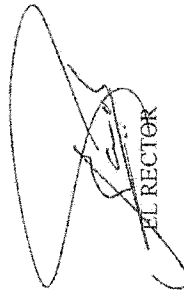
KIARA LISETH ROSADO ARIZA

C.C. No. 1.143.367.654 expedida en Cartagena

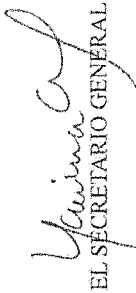
POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Cartagena de Indias, a 30 de enero de 2020


EL DECANO


EL RECTOR


EL JEFE DEL DEPARTAMENTO


EL SECRETARIO GENERAL

Registrado al Folio No. 766 del libro de Diplomas No. 51



la salud
es de todos

Ministerio de Salud



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO
C.M.C.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

KIARA LISE TH ROSADO ARIZA

C.C. 1143367654

MEDICO

Universidad de Cartagena

Cartagena de Indias

Grado: 30/01/2020

Rebaja: 12/02/2020



Este folio es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1712 de 2014 y
se declara 4172 de 2014. La firma es electrónica. Para verificar el documento médico
nacional en: Av. Corales 15 # 121-43 (Calle 15) - Bogotá, Colombia
www.colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Médico Colombiano

Limpiar

Verificar Registro en ReTHUS

Resultado General - 2023-08-23 - 3:28:50 PM

Tipo Identificación		Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC		1142367654	KIARA	LISETH	ROSADO	ARIZA	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) KIARA LISETH ROSADO ARIZA identificado(a) con CC 1142367654 registra la siguiente información:

2023-08-23 - 3:28:50 PM

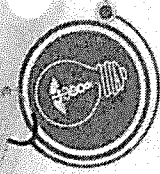
Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2020-02-12	62183	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA DE INDIAS	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO La

Información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditan 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).



SABERSALUD
CENTRO DE FORMACIÓN
EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Kiara Liseth Rosado Ariza

C.C. 1.143.367.654

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON
AGENTES QUÍMICOS**

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1971 DE 2019
EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LA
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267.

**DADO A LOS 17 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2022, CON UNA
DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.**

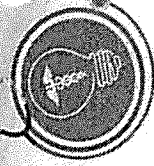
VÁLIDO POR 2 AÑOS

LIBRO 11 FOLIO 703

Iván Torres Vásquez
Director
SABERSALUD

Carlos Alberto Méndez Muñoz
Enfermero Profesional
R.P. 42920

Calle 22 Sur No. 30-41, Bogotá
Tel: 7959286 - Cel: 350 6260481 - 350 862 2153
info@sabersalud.co



SABERSALUD
CENTRO DE FORMACIÓN
EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Kiara Liseth Rosado Ariza

C.C. 1.143.367.654

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:
**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE
GÉNERO**

SEGÚN RESOLUCIÓN 459 DEL 6 DE MARZO 2012 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN 3100 DE 2019
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267 Y EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075
del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

**DADO A LOS 3 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2022, CON UNA
DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.**

Ivan Torres Vásquez
Director
SABERSALUD

VÁLIDO POR 2 AÑOS

LIBRO 09 FOLIO 4961

Alexander Chaparro Rincón
Coordinador Académico
R.P. 13649

Calle 22 Sur No. 30-41, Bogotá
Tel: 7959286 - Cel: 350 6260481 - 350 8622153
info@sabersalud.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

KIARA LISETH ROSADO ARIZA

1143367654

Recibió actualización en **MANEJO INTEGRAL DEL DUELO** con una intensidad
de 24 horas

Para constancia se firma

octubre 10, 2022

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

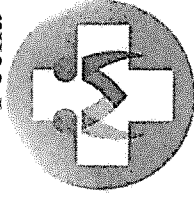
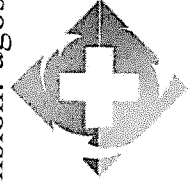
Kiara Liseth Rosado Ariza

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

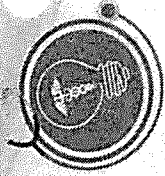
Fecha de Emisión: agosto 29, 2023



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA



CUNDINAMARCA
Que Pasa
EN COMUNICACIÓN



SABERSALUD
CENTRO DE FORMACIÓN
EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Kiara Liseth Rosado Ariza

C.C. 1.143.367.654

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LOS LINEAMIENTOS DE LA AHA,
EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 DEL 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LA
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101268.

**DADO A LOS 6 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2022, CON UNA
DURACIÓN DE 48 HORAS EN BOGOTÁ D.C.**

VÁLIDO POR 2 AÑOS

LIBRO 48 FOLIO 1969

Ivan Torres Vásquez
Director
SABERSALUD

Alexander Chaparro Rincón
Coordinador Académico
R.P. 13649

Calle 22 Sur No. 30-41, Bogotá
Tel: 7959286 - Cel: 350 6260481 - 350 8622153
info@sabersalud.co



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

KIARA LISETH ROSADO ARIZA

1143367654

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:
DETECCIÓN Y CUIDADO DEL DONANTE DE ORGANOS

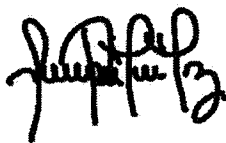
Para constancia se expide

enero 3, 2023

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A**CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza NV-100062496 y endoso, 0 cuyo afianzado es:
ROSADO ARIZA, KIARA LISETH Asegurado o Beneficiario: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE / SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE**, expedida por la Compañía en **25/02/2022**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

AGENCIA NEIVA a los **28** días del mes **FEBRERO** del año **2022**.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.





Buscar...



Configuraciones del usuario
KIARA LISETH ROSADO
ARIZA
CAT: 1044380

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

30 Ago, 2023(UTC -5) 9:05:37

Salir

imiento en SECOP II

agosto a las 00:01 a.m.

ta

do 5 de agosto a las 11:59 p.m.

la plataforma no estará disponible
y los datos se conservarán seguros

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.

Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...

[Más información](#)

Oportun Recibidos

Sin oportunidades

[Más información](#)

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN CON ACTIVIDADES	CÓDIGO: AP-CT-F-66-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 10/05/2023

EL (A) SUSCRITO (A) DIRECTOR (A) DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 del 06 de abril de 2016 se reorganizó el Sector Salud en el Distrito Capital; el Artículo 5 del Acuerdo en mención, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas.

Revisados los archivos que reposan en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., se evidenció que, el (a) señor (a) **ROSADO ARIZA KIARA LISETH** identificado (a) con C.C. Núm. **1143367654** ha suscrito con la entidad los siguientes contratos de prestación de servicios Profesionales y apoyo a la Gestión relacionados a continuación

AÑO	NUMERO DE CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO	VALORES HONORARIOS
2022	3870	2022-03-01		MEDICO GENERAL	\$6,267,456.00

a continuación, se describen las obligaciones con forme al último objeto contratado, así:

- 1- Prestar servicios profesionales como medico de la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria, durante el tempo de disponibilidad indicado en el requerimiento, cumplinedo con lo estandanes de calidad oportunidad y con la norma de habilitacion de servicios de salud- Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes

2- Participar en la actualizacion documental del servicio.

31- Realizar y dar cumplimeinto a los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el medico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias 41- Mantener la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentacion y conservacion optimas para el traslado vla valoracion de pacientes.

CRUE

5- Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, segun



 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN CON ACTIVIDADES	CÓDIGO: AP-CT-F-66-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 10/05/2023

cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Norte sin 6- Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Norte ESE

que estas superen las 12 horas continuas

7- Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad- 8- Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria.

191 Reporte de sucesos de seguridad

10- Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las 11- Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo

actividades.

12- Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja, de acuerdo al desarrollo de las actividades- 13- Responder oportunamente

a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Perceptor de Urgencias y Emergencias CRUE 14- Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del Listema de gestión de calidad institucional.

15- Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.

15- Reportar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20- Valoraciones Tráctades al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.

17- Apoyar con la captura de los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/valoraciones 18- Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos de el SDOS, Novedades de Nistramvas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE

29- Registro adecuado y oportuno junto con el reporte al personal encarrido de los mantenimientos y lo posibles fallas que presente el vehículo- 20- Verificación pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial

23- Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato ya las necesidades



 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN CON ACTIVIDADES	CÓDIGO: AP-CT-F-66-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 10/05/2023

del servicio, las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las ambulancias Básicas o Medicalizadas de la Subred Norte E.S.E.

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. a los 10 de 05 de 2023.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)



CARLOS FERNANDO REY RIVEROS
 DIRECTOR DE CONTRATACIÓN
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.



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

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) KIARA LISETH ROSADO ARIZA ; con documento de identidad No, 1143367654 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2022	7854-2022	MEDICO GENERAL	15/07/2022	31/12/2022	\$6032724	SUBRED
2	2023	24-2023	MEDICO GENERAL	12/01/2023	31/05/2023	\$6032724	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

MEDICO GENERAL

1 » Contrato: **7854-2022**

Obligaciones:

1). Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes, notificar novedades relacionadas 2). Participar en el desarrollo y actualización de documentos del programa de salud mental 3). Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios del programa de salud mental (Historia Clínica de valoración , formatos, consentimiento y desistimiento de valoración, cadena de custodia, interconsulta, fórmula médica etc.) los registros se deben realizar en el sistema asignado inmediatamente sea valorado el paciente 4). Valoración y estabilización de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE., en caso de requerir apoyo técnico se realizará a través de teleexpertise por psiquiatra de turno 5). Realizar los procedimientos ordenados o coordinados con el médico regulador para la estabilización de pacientes, dentro de su núcleo de saber. Incluyendo la aplicación de medicamentos. 6). Estar atentos al cumplimiento de las órdenes operativas del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Realizar los reportes radiales de información pertinente del paciente con propósitos de regulación médica y orientación en relación al paciente , brindar información relevante de situaciones de emergencia al médico regulador, directivos del centro regulador 7) Desarrollar las actividades de acuerdo a la programación de actividades asignadas, según cronogramas previamente establecido, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas, incluyendo capacitaciones 8). Portar de manera decorosa las prendas institucionales , junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente. 9). Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 10). Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivez en el programa de salud mental 11). Informe y registro oportuno de datos críticos. Y Reporte y registro de sucesos de seguridad. Cumplir cronogramas de mantenimiento de equipos biomédico 12). Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. 14).Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 15). Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 16). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 17). Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 18). Registrar todos los desplazamientos realizados en el vehículo "Fallidos y efectivos " por medio del aplicativo o en físico ,Elaborar informe mensual en caso de ser solicitado sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. 19). Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas. 20). Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del sistema de PQRS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE o la subred . 21). Uso adecuado, racionalización y registro de insumos. 22). Diligenciamiento claro y oportuno del formato de los formatos secundarios a la atención . 23). Registro adecuado y oportuno de inventario y pedido de insumos, en todo momento será responsabilidad del auxiliar el mantenimiento de la suficiencia de insumos,

medicamentos y equipos, así como las fechas de vencimiento y verificación de semaforización de los mismos. 24). Supervisar al auxiliar de enfermería para que en conjunto con el auxiliar de farmacia de la subred se realice la gestión y mantenimiento de inventario de medicamentos, materiales e insumos de la ambulancia, para mantener las cantidades indicadas en el listado definido por la subred. 25) Verificación pre operacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico. 26). Entregar los soportes de la atención para facturación dentro de las 24 horas siguientes, so pena de incurrir en incumplimiento y/o glosa del servicio. 27) Cumplir con las actividades inherentes al objeto contractual, para el mejoramiento de la calidad y aquellas incluidas dentro de los Planes de Mejoramiento de los estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS), así como con los planes que se formulen en el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión, Guías, Protocolos, Procedimientos, de la Subred. 28) Apoyar la atención de auditorías de los entes de control, presentando la información y/o soportes requerida, que correspondan al objeto del contrato. 29) Mantener la confidencialidad, reserva de la información, preservar integralmente los sistemas, las tecnologías de la información y comunicaciones que la Subred le proporcione para la ejecución del contrato. 30) Responder por las glosas cuando se causen por razones imputables al CONTRATISTA, en los eventos que corresponda.

2 » Contrato: 24-2023

Obligaciones:

1). Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes, notificar novedades relacionadas 2). Participar en el desarrollo y actualización de documentos del programa de salud mental 3). Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios del programa de salud mental (Historia Clínica de valoración, formatos, consentimiento y desistimiento de valoración, cadena de custodia, interconsulta, fórmula médica etc.) los registros se deben realizar en el sistema asignado inmediatamente sea valorado el paciente 4). Valoración y estabilización de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE., en caso de requerir apoyo técnico se realizará a través de telepericia por psiquiatra de turno 5). Realizar los procedimientos ordenados o coordinados con el médico regulador para la estabilización de pacientes, dentro de su núcleo de saber. Incluyendo la aplicación de medicamentos. 6). Estar atentos al cumplimiento de las órdenes operativas del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Realizar los reportes radiales de información pertinente del paciente con propósitos de regulación médica y orientación en relación al paciente, brindar información relevante de situaciones de emergencia al médico regulador, directivos del centro regulador 7) Desarrollar las actividades de acuerdo a la programación de actividades asignadas, según cronogramas previamente establecido, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas, incluyendo apacitaciones 8). Portar de manera decorosa las prendas institucionales, junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud aroccidente. 9). Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 10). Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivez en el programa de salud mental 11). Informe y registro oportuno de datos críticos. Y Reporte y registro de sucesos de seguridad. Cumplir cronogramas de mantenimiento de equipos biomédico 12). Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. 14). Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 15). Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 16). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 17). Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 18). Registrar todos los desplazamientos realizados en el vehículo "Fallidos y efectivos" por medio del aplicativo o en físico, Elaborar informe mensual en caso de ser solicitado sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. 19). Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas. 20). Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del sistema de PQRS. Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE o la subred. 21). Uso adecuado, racionalización y registro de insumos. 22). Diligenciamiento claro y oportuno del formato de los formatos secundarios a la atención. 23). Registro adecuado y oportuno de inventario y pedido de insumos, en todo momento será responsabilidad del auxiliar el mantenimiento de la suficiencia de insumos, medicamentos y equipos, así como las fechas de vencimiento y verificación de semaforización de los mismos. 24). Supervisar al auxiliar de enfermería para que en conjunto con el auxiliar de farmacia de la subred se realice la gestión y mantenimiento de inventario de medicamentos, materiales e insumos de la ambulancia, para mantener las cantidades indicadas en el listado definido por la subred. 25) Verificación pre operacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico. 26). Entregar los soportes de la atención para facturación dentro de las 24 horas siguientes, so pena de incurrir en incumplimiento y/o glosa del servicio. 27) Cumplir con las actividades inherentes al objeto contractual, para el mejoramiento de la calidad y aquellas incluidas dentro de los Planes de Mejoramiento de los estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS), así como con los planes que se formulen en el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión, Guías, Protocolos, Procedimientos, de la Subred. 28) Apoyar la atención de auditorías de los entes de control, presentando la información y/o soportes requerida, que correspondan al objeto del contrato. 29) Mantener la confidencialidad, reserva de la información, preservar integralmente los sistemas, las tecnologías de la información y comunicaciones que la Subred le proporcione para la ejecución del contrato. 30) Responder por las glosas cuando se causen por razones imputables al CONTRATISTA, en los eventos que corresponda.

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los terminos de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal

colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los once(11) días del mes de Julio de 2023, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,



INGRIT LINETH VASQUEZ CELY
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN
SUBGERENCIA CORPORATIVA