

Manizales

Señor
COMANDANTE POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES
Ciudad

Respetado Señor Coronel,

Con el presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad - Policía Metropolitana de Manizales -, los servicios como _____MÉDICO GENERAL___ que serán prestados de manera principal en el Establecimiento *Complementario de Atención en Salud – Clínica la toscana y eventualmente donde se requiera dentro del ámbito de competencia de la unidad prestadora de salud caldas y de acuerdo con lo relacionado en la cláusula de obligaciones del contratista*, cuando por necesidades del servicio se requiera; para el efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad.

Para lo anterior me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro relacionado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Igualmente declaro que no me encuentro incurso en inhabilidades o incompatibilidades con relación al contrato a suscribir, incluida la relacionada en el artículo 6 a la ley 2097 del 2021 (Artículo 6°. Consecuencias de la inscripción en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos. La inscripción en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos generará las siguientes consecuencias : 1. El deudor alimentario moroso solo podrá contratar con el Estado una vez se ponga a paz y salvo con sus obligaciones alimentarias), como tampoco me encuentro incurso en algún tipo de prohibición, y/o conflicto de intereses y que acepto que la entidad contratante realice las consultas de rigor, (De manera previa a su firma y/o con la periodicidad que la ley ordene) ante la procuraduría, contraloría, policía, (Por antecedentes Judiciales, Antecedentes de Infractores al código de Policía, o por conductas relacionadas en la ley 2014 del 30/12/2019, Por medio de la cual se regulan las sanciones para condenados por corrupción y delitos contra la Administración pública, reglamentada a través del decreto 1358 del 2020, o por delitos sexuales a menores de edad –Ley 1918/2018) y la relacionada con el artículo 6 a la ley 2097 del 2021 y demás estamentos, para corroborar la veracidad los datos consignados en mi hoja de vida.

De otro lado también declaro que no me encuentro sancionado por conductas contrarias a la ética profesional, que me inhabiliten en el ejercicio de la profesión) y por lo cual adjunto el certificado correspondiente que lo acredita. (Aplica para médicos, Abogados, odontólogos, Enfermera jefe, Psicólogo).

En caso de que sobrevenga alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad, conflicto de intereses, o prohibición durante la ejecución del contrato, o sanción de orden ético que restrinja mi ejercicio profesional, me comprometo de manera inmediata a notificarlo al supervisor del contrato y al contratante para que se tomen las medidas a que haya lugar.

También declaro que a la fecha NO (X), SI () tengo contratos en ejecución con otras entidades públicas. (En caso positivo relacionarlos _____), estando en todo caso con toda la capacidad e idoneidad para ejecutar el presente contrato.

Por último informo bajo la gravedad del juramento, que no presento patología, y/o alguna condición de salud, (o circunstancia especial) que me restrinja en el ejercicio de mi profesión, de manera presencial, frente a la actividad objeto de contrato, teniendo en cuenta la situación de pandemia por el covid-19, tal cual como lo manifesté al médico ocupacional dentro del examen pre ocupacional.

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea informado en la siguiente dirección y teléfono CARRERA 26 NÚMERO 84-41 CASA 43 MANIZALES, CALDAS, COLOMBIA. TELEFONO 6068917786 3006510529___

Autorizo igualmente a la entidad para que cualquier notificación que se deba realizar con relación a esta propuesta y/o al contrato, se realice en el siguiente correo electrónico nandoturzaga@hotmail.com .

Para los anteriores fines, me permito remitir mi hoja de vida y demás soportes que requiere la entidad.

Cordialmente,


cc. 10.260.793 Heberto Hernández Hoyos Betancur.

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES



TARJETA DE RESERVISTA N° **E342005**

PERTENECE AL EJERCITO DE:

PRIMERA LINEA HASTA EL 31 - XII - 1.993

SEGUNDA LINEA HASTA EL 31 - XII - 2.003

TERCERA LINEA HASTA EL 31 - XII - 2.013

ORIGINAL HERBERTO HERNANDEZ MEYDOR DE TANCORP

NOMBRES Y APELLIDOS

REGISTRADA EN LA RELACION No. 014 MES FEB. AÑO 1.981

CASO DE LLAMAMIENTO DE RESERVAS PRESENTESE A LA DEPENDENCIA MILITAR MAS CERCANA A SU RESIDENCIA..

NACIDO EN: RIOQUIBO (CDS) EL 27 DIA DE 1.962

PROFESION: BAJILLER 1.981

ACTA DE CLASIFICACION No.: 0000 DE FECHA: 21-11-80

LUGAR DE CLASIFICACION: MANIZALES

RECIBO No. 30001 DE FECHA: 11-11-80

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION: MANIZALES 1.981

MTC.

COMANDANTE DISTRITO MILITAR No. 31

LT. LIBARDO TRAVAJA TAVAYO

COMANDANTE DE LA 31 ZONA



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 <i>Hoyos</i>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <i>Betancurt</i>	NOMBRES <i>Alberto Hernando</i>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <i>10.260.793</i>	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>	NÚMERO <i>E 342005</i>		D.M. <i>31</i>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA <i>21</i> MES <i>05</i> AÑO <i>1963</i>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <i>Kra 26 # 84-41 Casa 43</i>		
DEPTO. <i>Caldas</i>	PAÍS <i>Colombia</i>	DEPTO. <i>Caldas</i>	
MUNICIPIO <i>Riosucio</i>	MUNICIPIO <i>Montebello</i>		
	TELÉFONO <i>8917786</i>	EMAIL <i>mandotungga@hotmail.com</i>	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11	MES <i>12</i> AÑO <i>1980</i>

EDUCACION 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	
<i>UN</i>	<i>12</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>Medico Cirujano</i>	<i>12</i>	<i>1989</i>	<i>175492</i>

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
<i>Inglés</i>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Sanidad Policía Nacional</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Caldas</i>	MUNICIPIO <i>Manizales</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>decal-espro-con@policia.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>8750492-8750602</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="29"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Medico General</i>	DEPENDENCIA <i>Sanidad Decal</i>	DIRECCIÓN <i>Clinica La Toscana M/la</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Sanidad Policía Nacional</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Caldas</i>	MUNICIPIO <i>Manizales</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>decal-espro-con@policia.gov.co</i>	
TELÉFONOS <i>8750492-8750602</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Medico General	33	

5 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).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14846029069



(415)7707212489984(8020) 000001484602906 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 6 0 7 9 3 | 3

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Manizales

14. Buzón electrónico

0

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida	2	25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	1 3	26. Número de identificación 1 0 2 6 0 7 9 3	27. Fecha expedición 1 9 8 1, 0 6, 1 6
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País 1 6 9	29. Departamento Caldas	1 7	30. Ciudad/Municipio Manizales	0 0 1
31. Primer apellido HOYOS	32. Segundo apellido BETANCURT	33. Primer nombre HEBERTO	34. Otros nombres HERNANDO		

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Dígito

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA	1 6 9	39. Departamento Caldas	1 7	40. Ciudad/Municipio Manizales	0 0 1
41. Dirección principal CR 26 84 41 CA 43					
42. Correo electrónico nandoturzaga@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 6 0 6 8 9 1 7 7 8 6		45. Teléfono 2 3 0 0 6 5 1 0 5 2 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código
8 6 2 1	2 0 1 3 0 5 0 1	0 0 2 0	2 0 1 3 0 5 1 3	1 2	2 2 2 1
				52. Número establecimientos	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código	5	4	9																						
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario																									
49 - No responsable de IVA																									

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
											55. Forma			56. Tipo			Servicio			1			2			3		
											57. Modo																	
											58. CPC																	

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2022-08-09 / 13:48:08

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre POSADA GUEVARA DIANA CRISTINA
985. Cargo Gestor I

REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
10260793

NUMERO
HOYOS BETANCURT

APELLIDOS
HEBERTO HERNANDO

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1963
RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-JUN-1981 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALFONSO RENDON LOPEZ



A-0900100-35109891-M-0010260793-20030522 03567 03142A 03 130750196

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



17-11-92
001754
Castillo

CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Heberto Fernando Hoyos Betancurt

C.C. No. 10.260.793 EXPEDIDA EN Manizales

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a 21 de diciembre DE 1989

Le Rueda
DECANO DE LA FACULTAD

Pérez
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

MINISTRO DE EDUCACION

Escobar
SECRETARIO DE LA FACULTAD

Hoyos
SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

Castillo
SECRETARIO DEL MINISTERIO

0025842

REGISTRADO AL FOLIO 20 H DEL LIBRO DE DIPLOMAS 91

Bogotá 18 NOV 91

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE
Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 8002

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE *Medicina*

EN SU SESION DEL DIA 12 DE *diciembre* DE 1989

ACTA No. 46 CONSIDERANDO QUE:

Heberto Fernando Hoyos Betancurt

C.C. No. 10.260.793 de Manizales

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS
ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD. RESUELVE OTORGARLE EL
TITULO DE:

Médico Cirujano

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL. Y PREVIO
EL JURAMENTO DE RIGOR. EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL
DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 88-1547

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE *Bogotá* A LOS 21 DIAS DEL MES DE *diciembre* DE 1989


PRESIDENTE DEL CONSEJO
DIRECTIVO


SECRETARIO DEL CONSEJO
DIRECTIVO

No. 0025842



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARÍA DE FACULTAD

CERTIFICADO:

La Secretaría de la Facultad de Medicina hace constar que el Egresado Heberto Hernando Hoyos Betancurt quien se identifica con cédula de ciudadanía No. 10.260.793 expedida en Manizales, cursó y aprobó las asignaturas correspondientes al plan de estudios de la Carrera de Medicina.

Se le otorgó el título de MÉDICO CIRUJANO, Diploma No. 25842, Acta de Grado No. 8002 de Diciembre 21 de 1989, Folio No. 88 , Libro 54Ñ, de la Carrera de Medicina.

Dada en Bogotá, a los diez (10) días del mes de diciembre de dos mil catorce (2014).

EDGAR CORTÉS REYES
Secretario de Facultad

LMSL



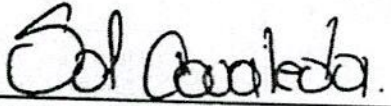
Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
HEBERTO HERNANDO HOYOS
BETANCURT

CC 10260793 de Manizales, Caldas

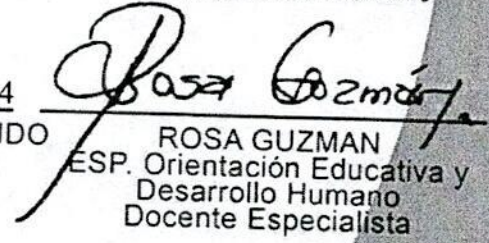
Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsja (ATVVS) con un total de 48 Horas.

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraenoradelaesperanza.org



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.


Fecha de emisión: 2023-04-24
Fecha de vencimiento: 2025-04-24
DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT

Con Documento de Identidad No 10260793

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – MAYO – 30 DE 2021

Registrado en el Libro de Actas No 0020210530

CÓDIGO DE SEGURIDAD 210530S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda

www.polisura.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra





Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
HEBERTO HERNANDO HOYOS
BETANCURT

CC 10260793 de Manizales, Caldas


Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto

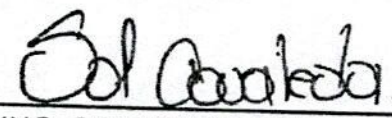
1033 de 2014.

con un total de 100 Horas.

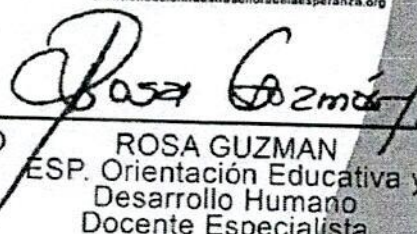
Fecha de emisión: 2023-04-24

Fecha de vencimiento: 2025-04-24


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.


ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraenladelaesperanza.org


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

 REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N° 1754792

Firma Médico

[Handwritten Signature]

Nombres y Apellidos
ROBERTO H. HOYOS BETANCUR

C.C. o C.E.: C 10260793 De: BANIZALES

Universidad: UNAL DE COLOMBIA Ciudad: STAFE BTA

Código: 11942/ Fecha de Expedición: 10/18/95

Resultado General -2023-10-10→10:17:42 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	10260793	HEBERTO	HERNANDO	HOYOS	BETANCURT	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) HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT identificado(a) con CC 10260793 registra La siguiente información:
2023-10-10→10:17:42 PM Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	1992-03-17	1754	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL



POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES
FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD Manizales FECHA 06 Octubre 2023

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA CANCELACIÓN _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad Beneficiario Heberto Hernandez Hoyos Betancurt NIT _____ Y/O

C.C. 10.260.793 Dirección K. 26 # 84-41 CS 83 N° Celular 300 857029

Fijo 606 8917786

País COLOMBIA Departamento CALDAS Ciudad MANIZALES

Denominación de la cuenta Corriente _____ Ahorros

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el proponente verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.
2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELECTRÓNICO: nandoturaga@hotmail.com SI ()

TELÉFONO: _____ SI ()

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera BBVA Colombia Código _____

Sucursal Plaza Bolívar Código _____ Ciudad MANIZALES

Dirección Calle 22 Carrera 21 Teléfono 8982341 Fax _____

Número de la cuenta 537 816 068 (Adjuntar certificación bancaria)

Heberto Hernandez Hoyos Betancurt
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

c.c. 10.260.793

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **HEBERTO HERNAND HOYOS BETANCURT**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 10.260.793** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 537816068** aperturada el **08 de agosto de 1997**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **07** días del mes de **octubre** del año **2023**.

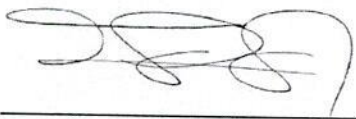
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0537816068**

Cuenta de 16 dígitos: **0537000200816068**

Cuenta de 20 dígitos: **00130537000200816068**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:58:00 PM horas del 10/10/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **10260793**

Apellidos y Nombres: **HOYOS BETANCURT HEBERTO HERNANDO**

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.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 232985218



PIB
18:33:45
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 11 de octubre 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) HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 10260793:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

ATENCIÓN :

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



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 martes 10 de octubre de 2023, a las 20:19:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	10260793
Código de Verificación	10260793231010201954

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



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, 11/10/2023 07:43:03 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **10260793** .

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. **75546565** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir



Dios y
Patria

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




AUTORIZACION CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES
CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES

EL (la) suscrito (a) Heberto Hernandez Hoyos D. identificado (a) con la CC CE () PP () No., 10 260.793 expedida en Manizales el día 16-06-1981, autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la ley 918 del 2018, reglamentada por el decreto 753 del 2019, a la Policía Metropolitana de Manizales, Unidad Prestadora de Salud Caldas, con NIT. No. **900805219-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad, que administra el Ministerio de Defensa Nacional - Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi proceso de selección y/o eventual celebración de contrato y de llegarse a formalizar, cada cuatro meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la ley 1581 del 2012, decreto 1074 del 2015 (y/o la que se encuentre vigente) y la política de tratamientos personales, manifestando que he sido informado (a) de manera clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Manizales, el día 06, de Octubre del 2023

Atentamente;


cc. 10-260793.

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 23:30:37 horas del 11/10/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 10260793, Apellidos y Nombres HOYOS BETANCURT HEBERTO HERNANDO

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SANIDAD POLICIA NACIONAL**, con NIT 900805219-6 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 10260793 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 13/10/2023 05:22 PM



Código Verificación: 3WMXEC68AH

Válida hasta: 11/01/2024

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

*Dr. Heberto Hernandez
Hoyos B.*



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C1026079300146836


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) **HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT**, identificado(a) con C.C. No. 10260793 y T.P. o R.M. No. 1754/1992 del(a) Ministerio de la Protección Social, 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 martes 10 octubre 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

POLICIA NACIONAL
POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES
900805219-6

REGISTRO DE AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O TECNICOS.

CONTRATISTA: Heberto Hernandez Hoyos Betancur

CONTRATO No. _____

PROFESION: Medico General

DEPENDENCIA SUPERVISORA _____

Para dar cumplimiento a lo establecido en el articulo 282 de la ley 100 de 1993, articulo 33 de la ley 1150 de 2007 en concordancia con el Decreto 2353 de 2015, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003 ley 828 de 2003 y el decreto 728 de 2008 estipulado en la cláusula _____ del contrato en mencion, me permito manifestarles que me encuentro afiliado (a) y girando los aportes correspondientes a las siguientes entidades Promotoras de Salud y Administradora de Fondos de Pensiones, mi dirección de trabajador (a) independiente sin tener vinculo laboral alguno en la Policía Nacional – Departamento de Policía Caldas

EPS OBLIGATORIO: _____

AFP: Colpension

De igual manera atendiendo la Ley 1572 de 2012, manifiesto que: SI . No (), deseo afiliarme a la Administradora de Riesgos Profesionales.

OBSERVACION: El contratista entiende que la ARL a la cual se afilio como independiente no puede ser diferente a la que se encuentra afiliado como dependiente.

ARLVOLUNTARIO Sura

Para lo anterior me comprometo a diligenciar el formulario respectivo suministrado por la ARP, determinado por la SUPERINTENDENCIA BANCARIA, anexando copia del presente documento y del contrato.

En consecuencia, me comprometo como contratista independiente a realizar mensualmente los aportes correspondientes en las proporciones de ley.

FECHA: <u>06 Octubre 2023</u>
FIRMA: <u>[Firma]</u> <u>10.260.783</u>

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE


Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10260793**, se encuentra afiliado/a desde **01/04/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de octubre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO: CARACTERIZACION DE LA POBLACION Y ACTUALIZACION DE DERECHOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2AR-FR-0058		
Fecha: 21-11-2019	CONSTANCIA DEL ESTADO DE AFILIACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD PARA TITULARES COTIZANTES	
Versión: 1		

SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL

EL (LA) SUSCRITO (A) RESPONSABLE DE AFILIACIONES Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor (a) HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT, identificado (a) con cédula de ciudadanía No 10.260.793, se encuentra afiliado (a) en calidad de Titular Cotizante en estado de afiliación ACTIVO, al Plan Obligatorio de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Dirección de Sanidad (régimen de excepción) en el grado de CPS-4 con estado laboral PENSIONADO.

Recuerde que la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial como es el caso de la Policía Nacional, que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), de conformidad con lo descrito en el **DECRETO 780 DE 2016 TÍTULO 13 DISPOSICIONES FINALES ARTÍCULO 2.1.13.5. RÉGIMENES EXCEPTUADOS O ESPECIALES Y AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

La presente se expide a solicitud del interesado. Dada en la ciudad de Manizales a los 13 días del mes de Octubre 2023. Valida por 60 días calendario.

Atentamente,

Patrullera. *Patricia Rodríguez Gallego*
 Responsable Afiliación y Actualización de los Derechos
 UPRES DECAL



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

14 DE BIENES Y RENTAS

YO Heberto Herrando Hoyos Betancurt.

IDENTIFICADO CON: CC CE OTRO No 10.260.792 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN Carrera 26 #84-41 Casa 43 TELÉFONOS 8917768 - 300650529

MUNICIPIO Manizales DEPARTAMENTO Caldas PAIS Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Heberto Hoyos Rojas</u>	<u>Padre</u>	<u>1.375.953</u>
<u>Marta Betancur Cej Hoyos</u>	<u>Madre</u>	<u>25.046.172</u>
<u>Maria Jaz Hoyos Naranjo</u>	<u>Hija</u>	<u>7.1.1055.360.600</u>
<u>Juan Miguel Hoyos Naranjo</u>	<u>Hijo</u>	<u>7.7.1054.878.315</u>

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	<u>\$ 51.025.684,00</u>
TOTAL	<u>\$ 51.634.459,63</u>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>BBVA-Colombia</u>	<u>Ahorros</u>	<u>0537816068</u>	<u>Medellan-Manizales</u>	<u>\$ 39.000,00</u>
<u>Bancoomera</u>	<u>Ahorros</u>	<u>1620017170</u>	<u>Centro Manizales</u>	<u>\$ 10.000,00</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
<u>Casa Hipoteca</u>	<u>Cra 26 #84-41 Casa 43 Manizales</u>	<u>\$ 229.000.000,00</u>

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BBVA Colombia	Préstamo hipotecario	\$ 41.000.000,00

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 CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
Juliana Marcela Narajo Giraldo	CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	29.361.693

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA


 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Manizales 06 Octubre 2023
 CIUDAD Y FECHA



CORPORACION IPS UNIVERSITARIA DE CALDAS

900251503

CORPORACION IPS UNIVERSITARIA
CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL

Version 01

[RRepEncu]

Paciente CC 10260793 HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCUR
His CII 10260793 Sexo M Edad 59 AÑOS Tip. Sangre G. etareo 13 Fecha: 01/12/22
Fec. Ingreso 01/12/2022 14:20:00 Servicio AMBULATORIO Folio 6 Hora: 14:09:40
Pabellón Consulta Externa Cama
Sede de Atención: 001 CORPORACION IPS UNIVERSITARIA

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL

I. DATOS DEL EMPLEADO:

NOMBRE DE LA EMPRESA: POLICIA NACIONAL

CARGO: MEDICO GENERAL

II. TIPO DE EVALUACIÓN MEDICA: PERIODICO

OBSERVACION TIPO DE EVALUACION MEDICA

III. DECLARACIÓN MEDICA DEL EXAMINADOR

[X]APTO SIN RESTRICCIONES [-]APTO CON RESTRICCIONES [-]APTO CON CONDICIONES [-]NO APTO TEMPORALMENTE [-]
[-]APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [-]POSIBLE PATOLOGIA ORIGEN LABORAL [-]CON SECUELAS DE ACCIDENTE LABORAL
[-]EXAMEN PERIODICO NORMAL [-]EXAMEN RETIRO NORMAL

IV. TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

V. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

[X]CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS [-]REALIZAR PAUSAS ACTIVAS [-]JUSO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTEC
[-]DEBE CERTIFICARSE PARA TRABAJAR EN ALTURAS [-]USAR MEDIAS DE SOPORTE ELASTICO PARA VARICES
[-]REALIZAR CITOLOGIA ANUAL [-]REALIZAR DIETA, EJERCICIO Y REDUCIR PESO [-]EVALUAR POR NUTRICIÓN EN LA EPS
[-]DEJAR EL HABITO DE FUMAR [-]DISMINUIR EL CONSUMO DE ALCOHOL [-]INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOG
[-]REALIZAR PRUEBAS PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS [-]REALIZAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
OBSERVACIONES CLINICAMENTE SANO PERFIL OSTEOMUSCULAR NORMAL
PERFIL CARDIOVASCULAR NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

FIRMA PACIENTE

Exámen expedido en la ciudad de Manizales (Caldas)

Handwritten signature of Silvio Hernan Velez Gomez

SILVIO HERNAN VELEZ GOMEZ

Reg. 2372

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

01/12/2022

*** FIN DEL REPORTE ***

14:14:55

12/2/2021



Certificado medico HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT

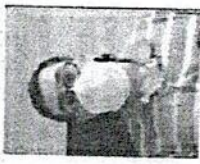
CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO

Fecha: 2020-12-21

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaría: POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES
 Nombre: HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT
 Fecha de nacimiento: 1963-05-21
 Edad: 57 años
 Estado civil: Casado
 Dirección actual: CARRERA 26 #84 -41 CASA 43
 Teléfono: 3006510529
 Ocupación: MEDICO
 AFP: Colpensiones
 Responsable**: JULIANA (ESPOSA)
 Acompañante: El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.
 ** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

Actividad económica: Servicios
 Documento: CC 10260793
 Lugar de nacimiento: RIOSUCIO (Caldas)
 Género: Masculino
 No. hijos vivos: 2
 Municipio: MANIZALES
 Escolaridad: Universitario_completo
 EPS: REGIMEN ESPECIAL
 ARL: Sura
 Teléfono: 8917786



INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna:Influenza - Dosis 1 - Ultima dosis: 2020/12/18

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO REALIZADA.
 Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
 Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT con documento de identificación No. 10260793 se considera es satisfactoria su condición de salud para el desempeño de su trabajo habitual

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
2. Se le recomienda la actualización anual de la fórmula de corrección de los lentes en su entidad de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
3. OPTOMETRIA: SU AGUDEZA VISUAL ES ADECUADA CON EL USO DE CORRECCIÓN VISUAL.
4. HEMOGRAMA: SIN ALTERACIONES.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

ES SATISFACTORIA SU CONDICIÓN DE SALUD PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO HABITUAL

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES CIRCULAR 30 DE 2020 POR COVID 19: Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario PRESENTA / NO PRESENTA comorbilidades o condiciones que le ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en la Circular 30 de 2020, en su numeral 4.

CONSIDERACIONES ESPECIALES POR HISTORIA OCUPACIONAL POST CUARENTENA: En la presente evaluación médica ocupacional se valoró el estado de salud del trabajador, aplicando encuesta de síntomas de COVID 19 y evaluando la presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, sin hallar en el momento evidencia de padecer de

Enfermedad por COVID 19; sin embargo esta evaluación no garantiza que el trabajador en días posteriores no presente la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto será pertinente realizar una nueva valoración médica en su entidad de salud.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19, se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. 'Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social'.

de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.

Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 2 metros, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.

Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.

Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.

Limpilar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.

Mantener una distancia no inferior a un metro y medio con otras personas en la medida de lo posible; No saludar de beso ni de mano y evite el contacto físico.

Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.

SI TIENE LOS SIGUIENTES SINTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifique a su empleador y su EPS. No vaya a lugares públicos, es ideal que asista preventivamente.



Escanee el código si desea verificar datos

HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT
Documento: 10260793

ESUS ALEJANDRO OSORIO GELVEZ
MEDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD DE CALDAS
EP. GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ETHUS CMC2017-22742

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, basadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador

7/2/2021

Certificado medico HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT
uede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

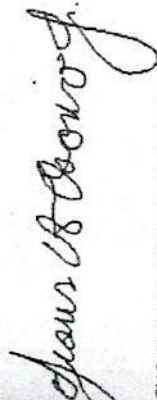
La información aquí consignada hace parte del proceso de verificación de condiciones de salud del trabajador, para el desempeño seguro de la ocupación, por lo que debe ser revisada de manera integral con los demás datos consignados.

NOTAS DE EVOLUCIÓN:

OTA No. 1 - Fecha: **2021-02-09** Hora: **10:36:56** el usuario **Alejandro.osorio** escribió:

NFASIS NEUROLOGICO: SIN ALTERACIONES APARENTES.

NFASIS CARDIOVASCULAR BASADO EN LOS CRITERIOS NHAMES: NIVEL 1 (MUY BAJO).



ESUS ALEJANDRO OSORIO GELVEZ
MEDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD DE CALDAS
SR. GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ETHUS CMC2017-22742

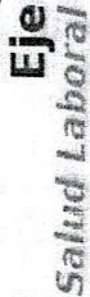
Carrera 23 No. 23-60 Oficina 304 Edificio Cuellar PBX: 8843000
www.ejesaludlaboral.com lpsejesaludlaboral@gmail.com

mpreso por: policia

Fecha: 2021-02-12 Hora: 17:57

COP 14

Formato de recomendaciones [historia_control] HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT



RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Derivadas de la valoración Ocupacional de Control

Fecha: 2020-12-21

En atención al Examen Médico Ocupacional que le fue realizado por Eje Salud Laboral S.A.S. como proveedor de evaluaciones ocupacionales en el marco del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en el presente documento le hacemos entrega de las Recomendaciones médicas emitidas por el Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, las cuales, agradecemos acoger y gestionar en su Entidad de Salud, según corresponda.

Recuerde presentar la constancia de los trámites realizados en su entidad de salud, para efectos del seguimiento definido en el Sistema de Gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo (SG-SST) de la Empresa.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT
Fecha de nacimiento: 1963-05-21
Edad: 57 años
Estado civil: Casado
Dirección actual: CARRERA 26 #84 -41 CASA 43
Teléfono: 3006510529
Responsable: JULIANA (ESPOSA)

Documento: CC 10260793
Lugar de nacimiento: RIOSUCIO (Caldas)
Género: Masculino
No. hijos vivos: 2
Municipio: MANIZALES
Escala: Universitario_completo
Teléfono: 8917786

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
2. Se le recomienda la actualización anual de la fórmula de corrección de los lentes en su entidad de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
3. OPTOMETRIA: SU AGUDEZA VISUAL ES ADECUADA CON EL USO DE CORRECCIÓN VISUAL.
4. HEMOGRAMA: SIN ALTERACIONES.

RESPONSABLE DEL SG-SST DE LA EMPRESA:

DATOS DEL MÉDICO QUE REALIZÓ LA EVALUACIÓN:

RECIBIDO POR EL TRABAJADOR:


Nombre: _____
Empresa: POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES

JESUS ALEJANDRO OSORIO GELVEZ
MEDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD DE CALDAS
ESR GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
RETHUS CHC2017-22742

Firma: _____

Carrera 23 No. 23-60 Oficina 304 Edificio Cuellar PBX: (574) 8843000
www.ejesaludlaboral.com ipjesaludlaboral@gmail.com

Impreso por: policia
Fecha: 2021-02-12 Hora: 22:57

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLÓGICO	 POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo Heberto Hernando Hoyos B. Identificado con la cedula de ciudadanía No. 10.260.793 con domicilio en la ciudad de Manizales, de la empresa _____, cargo médico general en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato X convenio _____ acuerdo _____ No. _____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:


Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "Computer Security Incident Response Team".

Esta declaración comienza con la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.
- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.
- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información, por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICÍA NACIONAL de modo que la POLICÍA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

Página 2 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLOGICO	 POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 3		

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.


ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en MANIZALES, a los SEIS (06) días del mes de OCTUBRE del año 2023.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma:
Post-Firma:
Identificación
Empresa:
Cargo:


Heberto Hernández
c.c. 10.260.793
Médico General

Manizales, 06 de OCTUBRE de 2023

Señor
COMANDANTE POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES
Manizales -Caldas

Asunto: Compromiso de Confidencialidad

Por medio de la presente me dirijo al señor Coronel de manera respetuosa con el fin de realizar las siguientes declaraciones:

- 1) Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Policía Nacional y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información que tiene el CONTRATANTE, adoptarlas, cumplirlas, e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma, al Jefe de la Oficina de Telemática del Área de Sanidad Caldas, o quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team*". Igualmente me comprometo a no revelar asuntos técnicos, e instalaciones de la Policía Nacional, conocidos durante la relación contractual.
- 2) Esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información comienza (con la firma de la carta de inicio del contrato) y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inicio a la relación contractual.
- 3) Como consecuencia del anterior compromiso: me obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar para actividades ajenas al objeto contractual, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para mi propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con las actividades contratadas.
- 4) Como contratista me obligo a mantener la confidencialidad acordada en el presente acuerdo por el tiempo que dure vigente la relación contractual y por un plazo adicional de dos (2) años contados a partir de la extinción del vínculo contractual.
- 5) La violación o el incumplimiento del acuerdo de confidencialidad por parte DEL CONTRATISTA, generará las acciones de tipo penal, administrativo, ético profesional (Ante el comité de Ética de su Profesión) y fiscal a que haya lugar.
- 6) Si una orden judicial obligará al CONTRATISTA a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a su SUPERVISOR de modo que la POLICÍA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- 7) El CONTRATISTA reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.
- 8) El CONTRATISTA devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o lo solicite la POLICÍA NACIONAL.

9) El CONTRATISTA se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación CONTRACTUAL.

10) Desarrollos Tecnológicos: Como contratista acepto que los desarrollos tecnológicos, informáticos, o científicos que llegare a elaborar o diseñar en ejecución del presente contrato, se consideran propiedad de la Policía Metropolitana de Manizales, Área de Sanidad Caldas, razón por la cual me obligo a suministrar, los documentos, los manuales, y programas fuente objeto de toda aplicación, investigación, desarrollo o resultado de la ejecución de este contrato.

Cordialmente,

Firma 

Postfirma Heberto Hernandez Hoyos De Tancun

CC No. 10.260.793

**POLICIA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD**



FORMATO INFORMACION DE TERCEROS
DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1. TIPO DE BENEFICIARIO

- | | | | |
|---|--------------------------|---|-------------------------------------|
| 1. Consorcio o Unión Temporal | <input type="checkbox"/> | 1.10 Persona Natural Extranjera | <input type="checkbox"/> |
| 1.1 Departamento | <input type="checkbox"/> | 1.11 Persona Natural Nacional | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1.2 Empresa Pública Nacional no Financ | <input type="checkbox"/> | 1.12 Persona Jurídica Nacional Sector Privado | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Empresa Pública Nacional Financiera | <input type="checkbox"/> | 1.13 Persona Jurídica Pública Administración Central Naci | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Establecimiento Público Nacional | <input type="checkbox"/> | 1.14 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 Gobierno Extranjero | <input type="checkbox"/> | 1.15 Regional sin NIT Especial | <input type="checkbox"/> |
| 1.6 Municipio | <input type="checkbox"/> | 1.16 Resguardo | <input type="checkbox"/> |
| 1.7 Otra Pública Departamental | <input type="checkbox"/> | 1.17 Sociedad de Economía Mixta | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 Otra Pública Municipal | <input type="checkbox"/> | 1.18 Universidad Pública | <input type="checkbox"/> |
| 1.9 Otro Beneficiario | <input type="checkbox"/> | 1.19 Empresa Industrial y Comercial del Estado | <input type="checkbox"/> |

2. TIPO DE DOCUMENTO

- | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1.1 Cédula de Ciudadanía | <input checked="" type="checkbox"/> | 1.4 Otro Tipo de Documento | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Cédula de Extranjería | <input type="checkbox"/> | 1.5 Pasaporte | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Número de Identificación Tributaria (FOTOCOPIA NIT) | <input type="checkbox"/> | 1.6 Tarjeta de Identidad | <input type="checkbox"/> |

NUMERO DEL DOCUMENTO

10.260.793

3. NOMBRE O RAZON SOCIAL

Heberto Hernando Hoyos Betancurt

4. PAIS

Colombia

5. CIUDAD

Manizales

6. TELEFONO Y FAX

606 8917788 - 300 6510529

7. DIRECCION

Kra 26 # 84-41 Casa 43 - Manizales

INFORMACION DE LA CUENTA

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA

B BVA Colombia

2. NUMERO DE LA CUENTA

537 816068

3. CLASE DE CUENTA

Ahorro

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA:

06 Octubre 2023

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL FIRMA REPRESENTANTE LEGAL:

10.260.793



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Heberto Hernando
 Apellidos: Hoyos Betancurt
 Documento de identidad: C.C./T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
 No. 10.260.793
 Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 05 Año 1963

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	4	24-8-21	Pfizer	2490025	UPRES Caldas	Erica Otalvaro	1054995520

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	03-03-2021	Pfizer	EW 1195	Clínica de la Policía	Holanda	30.329947
	2	19-03-2021	Pfizer	EE4994	UPRES Caldas	Valentina Marin	1053855965
		11-12-2021	Pfizer	FJ 1066	UPRES Caldas	ERIKA OTALVARO	1054995520

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	24-8-21	1302172013	Erica
Otras				




La salud es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Heberto
 Apellidos: Hoyos
 Documento de identidad: C.C./ T.I. Pasaporte No. 10260793
 Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 05 Año 1963

	FORMATO CONTROL DE CALIDAD INTERNA	CÓDIGO: FOR-VA-03
	PROCEDIMIENTO VACUNACIÓN	VERSIÓN: 02
	CERTIFICADO DE VACUNACIÓN	ACTUALIZACIÓN: OCT - 2014
		APROBADO POR: GERENCIA

Nombre **Heberto Hernando Hoyos Betancur**
 N° Identificación **10260793**
 Teléfono y/o celular **3006510329**

PROGRAMA DE VACUNACIÓN
 vacunacion@ipsuniversitariadcaldas.com.co

Cra. 25 N° 62-06 Tel: 885 99 78 - 885 98 88 Manizales - Caldas
 www.ipsuniversitariadcaldas.com.co <http://www.facebook.com/IPSUCALDAS> @IPSUCALDAS

Biológico	Dosis	Fecha de aplicación	N° del lote y fabricante	Firma y sello del vacunador
HEPATITIS B	1	20-10-22	03414005E	Socor
	2	03 DIC. 2022	03414005E	Yamir
	3	3-11-2022		
HEPATITIS A	1	20-10-22	AHIAVCO73AK	Socor
	2			
TRIPLE VIRAL	1	20-10-22	A69CF389A	Socor
VARICELA	1	20-10-22	W006336	Socor
	2			
TOXOIDE TETÁNICO	1	20-10-22	220500621A	Socor
	2	03 DIC. 2022	220800222A	Yamir
	3	3-11-2022	1073	
	4			
	5			
FIEBRE AMARILLA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
	2			
DPT ACELULAR	1			

VIGILADO SuperSalud

GRUPO IPS UNIVERSITARIA DE CALDAS
PROGRAMA DE VACUNACIÓN
MANIZALES



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS
JEFATURA



Nro. GS- 2023 - 069682 / UPRES-JEFAT 29.25

Manizales, 11 de agosto de 2023

Señor capitán
CARLOS ANDRES NAVARRO CRUZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Caldas (E)
Carrera 17 Calle 67 Esquina
Manizales - Caldas

Asunto: Concepto SIAU Dr. Heberto Hernando Hoyos Betancurt

De manera atenta y respetuosa me dirijo a usted para informar que en la oficina de Atención al Usuario **no se han recibido** insatisfacciones ni comentarios desfavorables por parte de los usuarios, ni de los funcionarios de la clínica relacionados con la atención en la prestación de los servicios por parte del Profesional **Heberto Hernando Hoyos Betancurt** con Cedula de Ciudadanía N° 10.260.793, quien ejecuta el contrato de prestación de servicios como Medico General en la Unidad Prestadora de Salud Caldas.

La anterior información para conocimiento y fines que estime pertinentes.

Atentamente,

Trabajadora Social **ADRIANA ARANGO GONZALEZ**
Oficina de Atención al Usuario Unidad Prestadora de Salud Caldas

Elaboró: Adriana Arango González
TS OFICINA ATENCION AL USUARIO UPRES CALDAS

Revisó: Adriana Arango González
TS OFICINA ATENCION AL USUARIO UPRES CALDAS

Fecha de elaboración: 11/08/2023
Ubicación: D:\ATEUS 2023\CONCEPTOS DEL SIAU

Carrera 17 calle 67 esquina
Teléfono(s): 3505588772
decal.upres-atu@policia.gov.co
www.policia.gov.co



INFORMACIÓN PÚBLICA

1DS-OF-0001
VER: 6

Página 1 de 1

Aprobación: 02/08/2023

Manizales, 10 de Octubre de 2023

Señores

OFICINA CONTRATOS SANIDAD

POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES

CLÍNICA LA TOSCANA

MANIZALES

ASUNTO: INFORME FINAL ACTIVIDADES CONTRATO 91-7 -20081-23
UPRES CALDAS

Mediante la presente, me permito dar la información referente a las actividades desarrolladas durante la ejecución del contrato en mención por prestación de servicios médicos asistenciales, y llevadas a cabo en las instalaciones de la UPRES Clínica La Toscana entre las fechas 15 de Mayo 2023 hasta 24 de Octubre 2023.


Contrato PN-MEMAZ- 91-7-20081-23 UPRES CALDAS, con su fecha de inicio 15 de Mayo y fecha de terminación 24 de Octubre de 2023, con un valor total de contrato \$26.030.496,00.

Durante el tiempo de ejecución del contrato en mención se realizaron las diferentes actividades así:

- Consulta externa 838 horas, con 2514 actividades.
- Hospitalización 168 horas, con 336 actividades.

Total : 1006 horas, con 2850 actividades médicas.

Cordialmente me suscribo...


Dr. **HEBERTO HERNÁNDO HOYOS BETANCURT**

Médico General contratista.

MANIZALES, 06 Octubre 2023

Señor

COMANDANTE POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES

Manizales

ASUNTO: DECLARACIONES DEL CONTRATISTA EN VIRTUD DEL DECRETO 1273 DE 2018

Artículo 3.2.7.5 Reporte de Información.

EN MI CALIDAD DE OFERENTE DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION DE LA POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES, ME PERMITO DECLARAR LO SIGUIENTE


- 1) Ostento la calidad de pensionado o cumpla requisitos para pensión o por disposiciones legales no esta obligado a cotizar a pensiones si (X) no ()
- 2) Cotizo por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos, indicando el ingreso base de cotización (IBC) de cada uno de ellos si (X), no ()

En caso afirmativo : especifique a que obedece este (tos) ingreso y el ingreso base de Cotización de cada uno de ellos: Mesada Pensional

- 3) La totalidad de mis ingresos suman mas de 4 salarios minimos mensuales vigentes si () no (), producto de otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos. Si existe la obligación de realizar la retención de aportes al fondo de solidaridad pensional (FSP) la entidad contratante realizara el aporte al FSP sobre el IBC del respectivo contrato.
- 4) Cotizo por el limite máximo de 25 SMMLV si () no (X)
- 5) El ingreso sobre el cual se deba aplicar la retención , si decide efectuar aportes por un ingreso base de cotización superior al 40%. no. (X) deseo realizar solo el aporte mínimo legal.; o si (), deseo que el IBC sea del _____% sobre mis honorarios mensuales
- 6) Pertenezco a un régimen de excepción si (X) no (). En caso positivo, sus ingresos por salud irán al ADRES.
- 7) Deseo realizar aportes a una caja de compensación familiar si (), no (X)
- 8) Deseo realizar aportes a la unidad de pago por capitación (UPC adicional si (), no (X)
- 9) Si se efectuó traslado a alguna de las entidades administradoras del sistema de seguridad social integral, o caja de compensación familiar si (), no (X), este reporte se debe realizar cada vez que se produzca una novedad

En constancia de lo anterior me suscribo:

Firma:



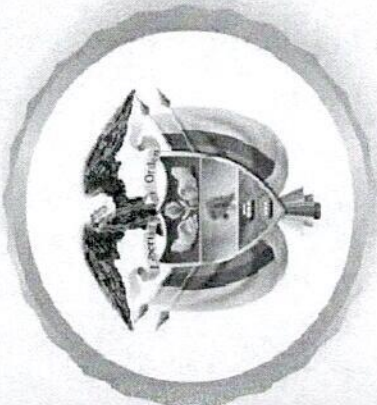
Nombre:

Hebert Hernandez Hoyos Betancourt.

Cedula

10-260793

Señor Contratista, favor realizar el pago a la seguridad social integral, hasta tanto, no se le notifique lo contrario, pues el proceso de pago por parte del Contratante, requiere de instrucciones del nivel central para poder llevarlo a cabo y recibir de parte de todos los contratistas la presente declaración para poder realizar el proceso de liquidación de nómina.



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Mediante registro RCO-0002 del Ministerio de Trabajo, que avala el proceso de formación acorde con la Resolución No. 4927 de 2016

y en su nombre

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Certifican que:

Heberto Hernando Hoyos Betancurt

Identificado (a) con No. 10260793

Cursó y aprobó satisfactoriamente el curso de:

Certificación de capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Con una intensidad de estudio de 50 horas

Se expide en Bogotá D.C. a los 20 días del mes de julio de 2021

El proceso académico es garantizado por la Universidad de La Sabana bajo convenio suscrito con POSITIVA Compañía de Seguros S.A



VISILABO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



- [Quiénes somos](#)
- [SECOP](#)
- [Tienda Virtual](#)
- [Relatoría](#)
- [Normativa](#)
- [Transparencia](#)
- [Comunicaciones y Prensa](#)
- [Participa](#)
- [Atención y servicio a la ciudadanía](#)

Mensaje de estado

- Su usuario de acceso a SECOPII es: HEBERTO793 y el correo asociado a esta cuenta es: na*****ga@hotmail.com
- Si desea restablecer su contraseña, por favor realice el procedimiento que se encuentra en el siguiente enlace: [clic aquí](#)

[Inicio](#) / [Cce](#) / [Users](#) / Consulte sus datos registrados en SECOP II

Indique alguno de los siguientes datos para realizar la recuperación de sus datos de registro en SECOP II

- Cédula
- No. de teléfono
- Usuario de SECOP II
- Correo electrónico



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE MINAS Y ENERGIA

NUEVO FORMULARIO PARA EL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA
SIIF II

CREACIÓN DE PERSONAS NATURALES

INFORMACIÓN BÁSICA

1. NATURALEZA JURÍDICA (Seleccione)

Persona Natural Nacional
Persona Natural Extranjera

X

2. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y NUMERO

CEDULA DE CIUDADANÍA No.
CEDULA DE EXTRANJERÍA No.

10260793

3. PRIMER APELLIDO: HOYOS
SEGUNDO APELLIDO: BETANCURT
PRIMER NOMBRE: HEBERTO
SEGUNDO NOMBRE HERNANDO

4. FECHA DE EXPEDICIÓN DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION 16 JUNIO
1981

5. PROFESIÓN: MEDICO

6. NUMERO DE MATRICULA DE LA PROFESIÓN:

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

7. NUMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA NIT (Adicione digito de verificación)

8. CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIU

9. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIU

10. TIPO DE RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA (Seleccione)

Entidad del Estado _____ Gran Contribuyente _____ No
contribuyente_x_____ Regimen Comun _____ Regimen Simplificado _____

Auterretenedor SI _____ NO ___x_____

IMPUESTO DE TIMBRE

No Contribuyente ___x___ Regimen Ordinario _____

Auterretenedor SI _____ NO ___x_____

IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS (IVA)

Entidad del Estado _____ Gran Contribuyente _____ No
contribuyente _____ Regimen Comun _____ Regimen Simplificado _____

Auterretenedor SI _____ NO ___X_____

RENTA

Gran Contribuyente _____ No contribuyente _____ Regimen Ordinario _____
Regimen Tributario Especial _____

Auterretenedor SI _____ NO _____

DATOS DE LA UBICACIÓN DE LA PERSONA NATURAL

11. TIPO DE LOCALIZACIÓN (Seleccione)

NACIONAL

X



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE MINAS Y ENERGIA

NUEVO FORMULARIO PARA EL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA
 SIIF II

CREACIÓN DE PERSONAS NATURALES

EXTRANJERO
 DIRECCIÓN CARRERA 26 NUMERO 84 41 CASA 43 MANIZALES

12. TIPO DE DIRECCIÓN (Seleccione)

- Dirección procesal
- Domicilio civil
- Domicilio contractual
- Domicilio fiscal
- Residencia

X

Pagina Web
 E-mail: NANDOTURZAGA@HOTMAIL.COM
 Contacto
 Apartado Aéreo
 País (Al que corresponde la dirección) COLOMBIA

Región (Al que corresponde la dirección) CALDAS

Ciudad (A la que corresponde la dirección) MANIZALES

Teléfono 6068917786 3006510529

Fax

INFORMACIÓN FINANCIERA

13. NUMERO DE LA CUENTA BANCARIA (La cantidad de dígitos del número de cuenta tiene que ser exactamente las longitudes definidas para el tipo de cuenta bancaria establecida por la entidad financiera)

537 816068

14. TIPO DE CUENTA BANCARIA

- Ahorro
- Corriente

X

15. ENTIDAD FINANCIERA A LA CUAL PERTENECE LA CUENTA BANCARIA

16. SUCURSAL A LA QUE PERTENECE LA CUENTA BANCARIA PLAZA

17. NOMBRE DE LA CUENTA BANCARIA HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT

18. TIPO DE MONEDA QUE SE MANEJA A TRAVÉS DE LA CUENTA BANCARIA

- Pesos
- Dólares
- Otra (cual)

X

HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT MEDICO GENERAL
 NOMBRE COMPLETO FIRMA Y CARGO
 (Responsable de diligenciar este formulario)



**REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE MINAS Y ENERGIA**

**NUEVO FORMULARIO PARA EL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA
SIIF II**

CREACIÓN DE PERSONAS NATURALES

CREACIÓN DE PERSONAS NATURALES

SIIF II

NUEVO FORMULARIO PARA EL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE MINAS Y ENERGIA



Yo **HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT** identificado(a) con cedula de ciudadanía N° **10260793** expedida en Manizales

CERTIFICO

Que mis ingresos mensuales se encuentran enmarcados (Ley Tributaria Vigente) en algunos de los puntos descritos a continuación, así:

1. Que el patrimonio bruto al termino del año gravable 2022 sea igual o superior a \$163.386.000
2. Que los ingresos totales del respectivo ejercicio gravable sean iguales o superiores a \$50.831.000
3. Que los consumos mediante tarjeta de crédito sean iguales o superiores a \$50.831.000
4. Que el valor total de las compras y consumos sean iguales o superiores a \$50.831.000
5. Que el valor total acumulado de consignaciones sea igual o superiores a \$50.831.000

Así las cosas, manifiesto que mis ingresos totales del respectivo ejercicio gravable sean iguales o superiores a \$50.831.000 de pesos, por tal razón si debo presentar declaración.

Por tal razón estoy sujeto (a) a Retención en la fuente Artículo 383 y 384 del Estatuto Tributario.

El presente certificado se expide a los **09** días del mes de **_OCTUBRE_** de dos mil veintitrés (2023).

Atentamente



Heberto Hernandez Hoyos B.
Nombre
Cédula *10.260.793*



Manizales, 05 de Octubre de 2023

Señores.
POLICÍA NACIONAL –
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Contratación Directa, Número por asignar, cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICION PROFESIONALES EN MEDICINA.

El (los) suscrito(s) a saber HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT: domiciliado en Manizales, Caldas, , identificado con CC 10260793, expedida en Manizales Caldas, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.

Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,



El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,¹ son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

El proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (ciudad donde se firma el presente documento) a los (día del mes en letras y números, días del mes de del año).

El proponente:

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: HEBERTO HERNANDO HOYOS BETANCURT

Identificación (NIT C.C C.E): 10260793

Dirección: CARRERA 26 NUMERO 84-41 CASA 43 MANIZALES.

Teléfono: 6068917786 - 3006510529

Email: nandoturzaga@hotmail.com