RUTA CONTRATO

NOMBRE DEL CONTRATISTA	Promover

NUMERO DEL PROCESO	2023_05244	FECHA DE CREACION	04-12-2023

NUMERO DEL CONTRATO	2023-0666

SUPERVISOR DEL CONTRATO	Interacion Redeca

TRAMITE	FECHA DE TRAMITE	SI CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
RECIBO DE DOCUMENTOS	04-12-2023	(illegible)		
REVISION DE DOCUMENTOS	04-12-2023			
ACEPTACION DE DOCUMENTOS	04-12-2023			
DEVOLUCION DE DOCUMENTOS	—			
ACEPTACION DE DOCUMENTOS-CORREGIDOS				
ESCANEO DE DOCUMENTOS				
SOLICITUD CDP	5/12/2023			
ENVIAR DOCUMENTOS A CONTABILIDAD PARA CREAR EN CONTABILIDAD				
ENVIO PARA ESTRUCTURACION DEL PROCESO EN EL SECOP II				
ELABORACION DEL CLAUSULADO				
ENVIO CLAUSULADO PARA ESTRCTURAR EN EL SECOP II				
SEGUIMIENTO EN EL SECOP II				
SEGUIMIENTO EN EL SECOP II				
SEGUIMIENTO EN EL SECOP II				
SEGUIMIENTO EN EL SECOP II				
SEGUIMIENTO EN EL SECOP II				

TRAMITE	FECHA DE TRAMITE	SI CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
REGISTRAR CONTRATO EN DINAMICA				
SOLICITUD RP				
LIQUIDACION ESTAMPILLAS				
ENVIO DOCUMENTOS A TALENTO HUMANO PARA AFILIACION A LA ARL				
ENVIO DOCUMENTOS A TALENTO HUMANO PARA AFILIACION A LA SIGEP				
TRAMITAR APROBACION DE POLIZAS				
CERTIFICACION DE LEGALIZACION				
ENTREGA PARA ARCHIVAR CONTRATO				

OBSERVACIONES

REVISADO POR:	

FECHA DE REVISION	

Promover – Vacunación Recien nacido urgente ... P/0844

C-/0666

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA ASISTENCIAL						
Nº	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
	ETAPA PREPARATORIA					
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA	7	✓			CONTRATISTA
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 7 CON VoBo	2-12	✓			SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	13	✓			SUPERVISOR
	ETAPA PRECONTRACTUAL					
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II	14	✓			CONTRATISTA
5	PROPUESTA	15	✓			CONTRATISTA
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)	16	✓			SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP DEL REPRESENTANTE LEGAL	17-19	✓			CONTRATISTA
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA	20	✓			CONTRATISTA
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%	21	✓			CONTRATISTA
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	22	✓			CONTRATISTA
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	23	✓			CONTRATISTA
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	24	✓			CONTRATISTA
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	25	✓			CONTRATISTA
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	26-33	✓			CONTRATISTA
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)	34-41	✓	✓		CONTRATISTA
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	42	✓			CONTRATISTA
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	43	✓			CONTRATISTA
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)	44-46	✓			CONTRATISTA
19	DECLARACIÓN DE RENTA PERSONA JURÍDICA	47	✓			CONTRATISTA
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURÍDICA (revisado previamente por el área encargada)	48-49	✓			CONTRATISTA/ SUPERVISOR
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)	50	✓			SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)	51	✓			SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)	52-53	✓			CONTRATISTA
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)	54-55	✓			CONTRATISTA
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)	56	✓			CONTRATISTA
26	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					✓ 57-59
26.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	60-61	✓			CONTRATISTA
26.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	62	✓			CONTRATISTA
26.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	63	✓			CONTRATISTA
26.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	CONTRATISTA
26.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	CONTRATISTA
26.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	CONTRATISTA
26.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	64	✓			CONTRATISTA
26.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	65	✓			CONTRATISTA
26.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-politica de humanización en conjunto con el programa de humanización)	65	✓			CONTRATISTA
26.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)				✓	CONTRATISTA
26.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	66	✓			CONTRATISTA
26.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA				✓	CONTRATISTA

VENCIDO

Sandra Edmary

26,13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	67	✓			CONTRATISTA
26,14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)	68	✓			CONTRATISTA
26,15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	69	✓			CONTRATISTA
26,16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	70	✓			CONTRATISTA
26,17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsl.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	71	✓			CONTRATISTA
26,18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	72	✓			CONTRATISTA
26,19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	73	✓			CONTRATISTA
26,2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	74	✓			CONTRATISTA
26,21	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)	74	✓			CONTRATISTA
26,22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	75	✓			CONTRATISTA
26,23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)				✓	CONTRATISTA
26,24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	76	✓			CONTRATISTA
26,25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	77-78	✓			CONTRATISTA
26,26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	79-80	✓			CONTRATISTA
26,27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL				✓	SUPERVISOR
	ETAPA CONTRACTUAL					
27	CONTRATO					JURIDICA
28	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
29	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					CONTRATISTA
30	RECIBO PAGO PÓLIZAS					CONTRATISTA
31	ESTAMPILLAS (Si aplica)					CONTRATISTA
32	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					JURIDICA
33	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
34	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
	TOTAL FOLIOS					

ENTREGA

_____

RECIBE

_____

REVISA

_____

NOTA:

1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.

2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL

3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN JURÍDICA	Codigo: GJ-FR-010
		Versión: 2
	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA - PERSONA JURÍDICA	Vigente : 2/10/2023
		Página: 1 de 1

NOMBRE DE LA EMPRESA/CONTRATISTA	PROMOVER S.A.S.		NIT	809,002,913-3	CORREO ELECTRONICO	direccioncomercial@promoversas.com.co
DIRECCIÓN PRINCIPAL	WORLD TRADE CENTER OFICINAS 1006 - 1007		TELEFONO OFICINA	6082739402		
CORREO ELECTRONICO EMPRESAS/CONTRATISTA	direccioncomercial@promoversas.com.co		CERTIFICADO CAMARA DE COMERCIO NUMERO	98211		

INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER NOMBRE	ADRIANA		SEGUNDO NOMBRE	MILENA				
PRIMER APELLIDO	PARDO		SEGUNDO APELLIDO	VIÑA				
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	9/08/1974	LUGAR DE NACIMIENTO	IBAGUÉ	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	X	CE	
NÚMERO DE DOCUMENTO	65,762,622	LUGAR DE EXPEDICIÓN	IBAGUÉ	CELULAR	3175099795		TELEFONO	6082739402

ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACION DE DOCUMENTOS	SI	X	NO		NUMERO DEL CONTRATO		FECHA DE TERMINACION	

LISTADO PERSONAS CONTRATADAS PARA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE COMPETO	NUMERO DE CEDULA	PROFESION	ESPECIALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEDE DONDE PRESTA LOS SERVICIOS	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	EPS	PENSION	ARL	NUMERO DE POLIZA MEDICA VIGENTE (SI APLICA)
ROSA MILENA ALVAREZ	38.144.917	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	N/A	25/04/1981	42	PROMOVER SAS	6082739402	rosamilenaalvarez@gmail.com	FAMISANAR EPS	COLPENSIONES	POSITIVA	N/A
LEIDY VALBUENNA HERRERA	1.111.334.258	AUXILIAR DE ENFERMERIA	N/A	10/03/1988	35	PROMOVER SAS	6082739402	leidyvalbuena@hotmail.es	SALUD TOTAL EPS	PORVENIR	POSITIVA	N/A

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

PROCESO DE SELECCIÓN DE:
CONTRATACIÓN DIRECTA X
MINIMA CUANTIA: _____
MENOR CUANTIA: _____
MAYOR CUANTÍA: _____

E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	
ESTUDIO PREVIO SELECCIÓN DE CONTRATACIÓN	
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL	
Fecha de elaboración del Estudio previo	Octubre 25 de 2023
Nombre del funcionario que diligencia el estudio previo	**GEINY LORENA DUARTE ESPINOSA**
Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato	Unidad Funcional de Internación Médica
Dependencia solicitante	Unidad Funcional de Internación Médica
Tipo de Contrato	Prestación de Servicios
Presupuesto Oficial	$ 6.000.000
Rubro del Presupuesto Oficial	2.4.5.02.09.9.3.1.9.9.01 Otros Servicios Sanitarios N.C.P
Descripción de la Necesidad	
Justificación	El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E. es una entidad referente Departamental de la red pública de mediana y alta complejidad en el Tolima, el cual presta servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo, Secretaría de Salud Departamental y Secretaría de Salud Municipal, Entidades de Régimen Especial (Policía Nacional, Ejército, PPL), además de las necesidades de otras entidades prestadoras del servicio de salud, teniendo en cuenta que es la única Institución Pública que presta servicios de alta complejidad en el Departamento del Tolima. Dentro del modelo de atención por procesos del Hospital Federico Lleras Acosta, se cuenta con el proceso de Prestación de Servicios de Internación Médica, del cual hacen parte los servicios de atención de partos y Unidad de Cuidado Intensivo Neonata UCIN, en los cuales debe garantizarse la vacunación con las primeras dosis del recién nacido, de acuerdo a las disposiciones de la normatividad vigente en atención en salud. En cumplimiento de su misión y en procura de salvaguardar el derecho fundamental a la atención integral en salud de todos los usuarios que como entidad del Estado tiene el Hospital, se llevan a cabo las acciones necesarias que den cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 en donde se establece la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; de

	igual forma a partir de la adopción de la Política de Atención Integral en Salud PAIS por medio de la resolución 0429 de 2016, se contempla como componente operativo la implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS que corresponden a aquellas herramientas de uso obligatorio por parte de los diferentes integrantes del SGSSS, entre otros, Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades territoriales, prestadores de servicios de salud, en las que se establecen las condiciones necesarias para a asegurar la integralidad en salud. Para garantizar el cumplimiento de las atenciones en salud del recién nacido, se establece la RIAS materno-perinatal la cual es adoptada por medio de la Resolución 3280 de 2018, en donde se establece que se deben realizar vacunación al recién nacido durante la Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos, según las disposiciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones con una dosis de BCG y una dosis de anti Hepatitis B. De conformidad con lo establecido en el Manual de contratación y en cumplimiento de los principios establecidos en el artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, se realiza el presente análisis de Conveniencia y oportunidad PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES durante Dos (2) meses contados a partir del cumplimiento de los requisitos de legalización del contrato. Se requiere garantizar la atención diaria del recién nacido, brindando educación en el cuidado integral de la salud, de acuerdo a los procesos asistenciales establecidos en la institución; la revista en los servicios de internación médica y sala de partos debe realizarse antes de la 10 de la mañana a la totalidad de los recién nacidos siguiendo la indicación médica en el inicio del esquema de vacunación. Es indispensable el compromiso con el cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación de conformidad a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, proponiendo las acciones de mejora continua de acuerdo a la normatividad vigente, mediante la participación activa en la documentación, socialización y evaluación continua, generando atención humanizada, segura y de calidad al paciente y su familia. El contratista deberá atender los pacientes que acuden a la institución para atención en VACUNACION DEL RECIEN NACIDO que de acuerdo a la normatividad vigente son BCG y anti Hepatitis B primera dosis, ofertando dicho servicio las 24 horas del día, para lo cual se deben realizar los procedimientos propios del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI con calidad, oportunidad y eficiencia, dando

	cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, y las directrices emanadas desde las entidades territoriales en salud departamental y municipal.
Descripción y Especificaciones del objeto a contratar	
Objeto del Contrato	PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E.

Identificador con el clasificador de bienes y servicios		
segmento	51	Medicamentos y productos farmacéuticos
familia	20	medicamentos inmunomoduladores
Clase	16	Vacunas, antígenos y toxoides
Producto 1		

Especificaciones Técnicas	Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento: El servicio de vacunación se realizara bajo la modalidad de contratación por evento, el cual se compone de la aplicación a cada recién nacido atendido en sala de partos del Hospital Federico Lleras Acosta de las dosis correspondientes al recién nacido de acuerdo al esquema del PAI (aplicación vacuna BCG y hepatitis B del recién nacido); cada dosis de biológicos – será reconocida por un valor de CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($5.732.00), teniendo en cuenta que dicho procedimiento incluye de forma integral todas las actividades necesarias para garantizar la prestación del servicio en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E, las cuales se describen a continuación: • Disponibilidad 24 horas del servicio de vacunación para los recién nacidos que se encuentran en el Hospital Federico Lleras Acosta. • Personal calificado en los últimos dos (2) años en la aplicación de vacunas y en esquema de vacunación de acuerdo al Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. • Disponibilidad de los inmunobiológicos BCG y anti Hepatitis B, para su correspondiente aplicación en el Hospital Federico Lleras Acosta, cumpliendo con los lineamientos de cadena de frio emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que se asegure la correcta conservación, almacenamiento y transporte de vacunas, bajo estándares de calidad. • Disponer de todos los insumos y materiales necesarios para la aplicación de los inmunobiológicos, incluyendo los equipos de protección personal del talento humano vacunador y los elementos para garantizar la correcta disposición de residuos peligrosos y no

	peligrosos producto de la actividad. • Entregar a las madres, padres o cuidadores de los recién nacidos el carné de vacunación con las dosis aplicadas debidamente diligenciadas, dejando soporte de la actividad en la historia clínica. • Garantizar todas las actividades administrativas producto de la vacunación dentro de las que se encuentran: a) Consolidado de base de datos de los recién nacidos vacunados mes a mes. b) Resultado de la validación de la base de datos de recién nacidos vacunados frente a los nacidos vivos del Hospital Federico Lleras, en la cual coincida la información de los recién nacidos vacunados y se encuentren las observaciones de los casos especiales que no fueron vacunados en el mes vigente (fallecidos, bajos de peso para la vacunación, remitidos, entre otros). c) Registro en la PAI-WEB de los recién nacidos vacunados durante el mes vigente, coincidente con la base de datos de recién nacidos vacunados. d) Seguimiento de los casos especiales que no fueron vacunados en el mes vigente, anotando las acciones realizadas para garantizar la vacunación de los menores.
Plazo del Contrato	Dos (2) meses contados a partir del previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.
Lugar de Ejecución del Contrato	Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.
Forma de Pago	**MODALIDAD: POR EVENTO** **El contratante pagará el valor del contrato de la siguiente manera:** El recién nacido vacunado de acuerdo al programa ampliado de inmunización (PAI) dosis de biológico: CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($5.732.00) cada una, teniendo en cuenta que el proveedor incluye su recurso humano, los equipos e insumos biológicos requeridos para garantizar la prestación del servicio. Para el pago, el CONTRATISTA deberá aportar la siguiente documentación: 1. Informe de Producción (relación de pacientes vacunados, evidencia de su registro en PAI-web y validación de pacientes vacunados con nacidos vivos del Hospital Federico Lleras Acosta). 2. Certificado de paz y salvo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales del correspondiente periodo.

	Responsabilidad civil Extracontractual	para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato su cuantía se establecerá	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV, siguiendo las siguientes reglas: 1. Doscientos (200) smmlv para contratos cuyo valor sea inferior o igual a mil quinientos (1.500) smmlv. 2. Trescientos (300) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a mil quinientos (1.500) smmlv e inferior o igual a dos mil quinientos (2.500) smmlv. 3. Cuatrocientos (400) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a dos mil quinientos (2.500) smmlv e inferior o igual a cinco mil (5.000) smmlv. 4. Quinientos (500) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a cinco mil (5.000) smmlv e inferior o igual a diez mil (10.000) smmlv. 5. El cinco por ciento (5%) del valor del contrato cuando este sea superior a diez mil (10.000) smmlv, caso en el cual el valor asegurado debe ser máximo setenta y cinco mil (75.000) smmlv.	La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato.
	Póliza de responsabilidad médica:	Para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV, siguiendo las siguientes reglas: 1. Doscientos (200) smmlv para contratos cuyo valor sea inferior o igual a mil quinientos (1.500) smmlv. 2. Trescientos (300) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a mil quinientos (1.500) smmlv e inferior o igual a dos mil quinientos (2.500) smmlv. 3. Cuatrocientos (400) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a dos mil quinientos (2.500) smmlv e inferior o igual a cinco mil (5.000) smmlv. 4. Quinientos (500) smmlv para contratos cuyo valor sea superior a cinco mil (5.000) smmlv e inferior o igual a diez mil (10.000) smmlv. 5. El cinco por ciento (5%) del valor del contrato cuando este sea superior a diez mil (10.000) smmlv, caso en el cual el valor asegurado debe ser máximo setenta y cinco mil (75.000) smmlv.	vigencia corresponderá al plazo del contrato.

Obligaciones del Contratista	**ATENCION EN SERVICIOS DE INTERNACIÓN MÉDICA.** Actividades Especificas: • Vacunación diaria con disponibilidad 24 horas, de todos los recién nacidos que se encuentran en la institución (hospitalización, sala de partos y uci neonatal), de acuerdo a los procesos asistenciales establecidos por el Hospital, revisando la información disponible para evitar que se presenten eventos adversos por revacunación de neonatos. • Validación del registro de vacunación mensual de recién nacido frente a los nacidos vivos en el Hospital para verificar la cantidad de casos que debieron recibir vacunación. • Realizar entrega a las madres, padres o cuidadores de los recién nacidos el carné de vacunación con las dosis aplicadas debidamente diligenciadas, dejando soporte de la actividad en la historia clínica. • Registro en la PAI-Web de las dosis aplicadas y registro en historia clínica así

	3. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de la presente invitación. 4. El valor del contrato se cancelará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la realización de la factura. 5. El corte de recibo de facturas es el 25 de cada mes. Si no presenta la factura antes del 25, se entenderá que fue presentada el primer día hábil del mes siguiente. 6. Factura de acuerdo a las normas tributarias

VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANALISIS ECONOMICO JUSTIFICADO

El valor Estimado para la presente contratación es de:	SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE. ($6.000.000)

ESTUDIOS DE MERCADO

Para efectos del cálculo del presupuesto se realizó, el análisis económico del valor estimado del contrato, basándose en el reconocimiento económico integral por aplicación de biológico incluyendo recurso humano certificado, insumos y biológico, el valor del procedimiento en el mercado oscila entre 5 mil a 6 mil pesos dosis.

GARANTIAS DEL CONTRATO:

	Tipo o Clase de Garantía	Cobertura o Niveles de Amparo	Valores	Vigencia
GARANTIAS DEL CONTRATO	Cumplimiento del contrato:	Para precaver los perjuicios que se deriven del incumplimiento de las obligaciones contractuales incluidas las multas y la cláusula penal que se pacten en el contrato.	El valor de esta garantía debe ser de por lo menos el diez por ciento (10%) del valor del contrato a menos que el valor del contrato sea superior a un millón (1.000.000) de smmlv, caso en el cual la Entidad Estatal aplicará las siguientes reglas: 1. Si el valor del contrato es superior a un millón (1.000.000) de smmlv y hasta cinco millones (5.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el dos punto cinco por ciento (2,5%) del valor del contrato. 2. Si el valor del contrato es superior a cinco millones (5.000.000) de smmlv y hasta diez millones (10.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el uno por ciento (1%) del valor del contrato. 3. Si el valor del contrato es superior a diez millones (10.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el cero punto cinco por ciento (0,5%) del valor del contrato.	La garantía de cumplimiento del contrato debe tener una vigencia del plazo total del contrato más 6 meses
	De pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizacio	cubrir a la entidad pública asegurada de los perjuicios que se le ocasionen como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista garantizado, frente al personal requerido para la ejecución del contrato amparado	Su cuantía será de por lo menos el Cinco por ciento (5%) del valor del contrato.	plazo total del contrato y tres (3) años más.

como entrega de carnet de vacunación.

- Compromiso con el cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación, proponiendo las acciones de mejora continua de acuerdo a la normatividad vigente, mediante la participación activa en la documentación, socialización y evaluación continua, generando atención humanizada, segura y de calidad al paciente y su familia.

Actividades esenciales:

- Obrar con diligencia en los asuntos a él encomendados.
- Realizar un informe general de las actividades que se le hayan entregado cada mes.(o más, según se acuerde).
- Brindar debida respuesta a los requerimientos efectuados por los entes de control, por entidades y/o personas que así lo soliciten.
- Todas estas actividades se desarrollarán de acuerdo a:
- Lo definido en el manual de operación y en los procesos y procedimientos de la institución, que se encuentran disponibles en la oficina de calidad y en la página electrónica del Hospital
- A la programación realizada, planes operativos, planes de mejoramientos, agendas establecidas por contratista y contratante
- El contratista debe diligenciar todos los registros de su competencia sobre la atención (físicos o electrónicos). Sera responsable del registro del procedimiento de vacunación detallado en el SOFTWARE INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL, cumpliendo con las normas sobre manejo de la historia, documentos clínicos y sobre la confidencialidad de la información o el secreto profesional, para tener documentado el proceso asistencial.
- Registrar diariamente los procedimientos, actividades e intervenciones realizados a los pacientes, con sus respectivos códigos, con el fin de mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
- En lo que le corresponda a la Historia Clínica de un paciente, ésta debe ser el reflejo exacto y completo de las condiciones de salud de aquel, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 1.995 del año 1.999, expedida por el Ministerio de la Protección Social y las demás normas que regulen la materia, por lo cual el contratista se obliga a elaborar una Historia Clínica que reúna las siguientes características: COMPLETA: Esto es que contenga la totalidad de la información relevante sobre los antecedentes del paciente, diagnóstico, tratamiento y en general que se consigne de manera clara e integra la información que requiere un profesional de la medicina para conocer y atender en forma adecuada a una persona. COHERENTE: La Historia Clínica es un documento que elaboran varias personas a lo largo del tiempo. El contratista entiende que cada anotación es un elemento integrante de un todo y se obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite elementos importantes a las siguientes. SUSTENTADA: La Historia Clínica debe estar soportada en estudios científicos.
- El contratista debe desarrollar el contrato cumpliendo con los estándares de habilitación y calidad establecida en la normatividad legal vigente, so pena de dar por terminado el contrato en caso de no ser así.

	• Responder por la vacunación de todos los nacidos vivos del Hospital Federico Lleras Acosta y recién nacidos que ingresan a la UCIN que cumplan con los criterios clínicos avalados por los profesionales de pediatría, realizando la entrega del carné de vacunación a la madre, padre o cuidador principal del menor. • Mantener comunicación con usuarios, familia y equipo de salud sobre la aplicación de los inmunobiológicos a los recién nacidos, a fin de garantizar la atención integral en salud. • Conocer y aplicar los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social relacionadas con el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI y atender a las directrices de la Secretaria de Salud Departamental y Municipal relacionado con la presentación de informes y la gestión de la vacunación en el Hospital Federico Lleras Acosta. • Realizar registro en la historia clínica del procedimiento de administración de los inmunobiológicos y de la entrega del respectivo carné de vacunación a la madre, padre o cuidador principal del recién nacido. • Asistir y recibir capacitación en aspectos relacionados con vacunación y administrativos, que respondan al direccionamiento estratégico institucional con el fin de mantenerse actualizado para la prestación del servicio con calidad. • Asistir a las reuniones programadas por la institución, incluyendo comités de infecciones, eventos adversos y otras reuniones que tengan relación con la atención del recién nacido a las cuales sean invitados. • Reportar en los formatos establecidos para tal fin, los incidentes o eventos adversos que identifique durante su trabajo en la institución y participar en los análisis y elaboración de los planes de mejoramiento cuando sea necesario. • Custodiar los elementos, materiales y equipos asignados a su área, con el fin de lograr el uso racional de los mismos. • Participar en el desarrollo de los planes, programas y proyectos de su unidad funcional y especialidad, para contribuir al cumplimiento de la plataforma estratégica institucional. • Reportar de forma oportuna los ESAVI (eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización) a la coordinación de la Unidad Funcional de Internación Médica, para realizar la correspondiente notificación, participando a los comités o reuniones que sean citados por estas causas, con el fin de facilitar las intervenciones de salud pública. • Participar en comités y grupos en los que haya sido incluido para el desarrollo de la plataforma estratégica. • Cumplir y hacer cumplir todas las normas de bioética y ética establecidas, para garantizar el respeto de los derechos de los pacientes y el ejercicio responsable de la profesión. • Conocer y aplicar los elementos del Modelo Estándar de Control Interno o del Modelo Integral de Planeación y Gestión y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que integran el Sistema de Gestión del Hospital "SIG" y en general todas las normas y reglamentos ejerciendo autocontrol, autogestión y auto regulación, en todas las actividades que se realicen durante el desarrollo del objeto contractual.

6

	• Para desarrollar los procesos deberá tenerse en cuenta las normas. reglamentos, políticas, protocolos y procedimientos definidos por la Institución. • Dar respuesta a los requerimientos hechos por el supervisor para entregar la información solicitada con calidad y oportunidad; en caso de no obtener respuesta se considera incumplimiento del objeto del contrato. • Portar el carné de identificación; los costos de estos los asume el contratista, en caso de no usarlos, se considera incumplimiento del contrato. • Utilizar y portar todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades y propender por el autocuidado de su salud y de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades • En caso de disminución en la demanda de servicios, daños estructurales o mejoras de las mismas, o cualquier otra novedad que disminuya la capacidad instalada en el momento de la prestación del servicio, la Institución informará en un plazo no menor a un (1) día calendario, la no necesidad del servicio, notificándole telefónicamente y/o vía electrónica y solo se pagaran las horas efectivas ejecutadas durante el desarrollo de las actividades del objeto contractual. • En caso de incumplimiento reiterativo del objeto contractual debidamente documentado por el supervisor del contrato, el Hospital podrá de manera unilateral dar por terminado el respectivo vínculo contractual. • Actuar con honestidad, responsabilidad, amabilidad, disciplina y excelente atención al paciente hospitalizado, médicos internos y residentes y demás personal de institución. El maltrato físico o verbal a cualquier persona será causa de terminación unilateral del contrato. • Brindar debida respuesta a los requerimientos efectuados por los entes de control, por entidades y/o personas que así lo soliciten. • Estar a paz y salvo con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral. El salario base de cotización con el cual debe realizar el aporte mensual como trabajador independiente, deberá corresponder como mínimo al 40% del valor facturado al hospital en el respectivo mes. En el caso de personas jurídicas se deberá anexar la planilla de pago de nómina del correspondiente mes; en caso de no tener empleados se aportará la certificación del contador donde conste que se encuentra al día en el pago de la seguridad social en cumplimiento del de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007. • Realizar las demás actividades que surjan con ocasión de la ejecución del presente contrato, previamente avaladas por la supervisión del presente contrato • Para efectos de los recobros, estos operarán cuando las objeciones superen el 2% de la facturación, por debajo de esta cifra no habrá recobro al CONTRATISTA, esto sin perjuicio del análisis que se haga de las mismas para implementar los planes de mejoramiento. El procedimiento de recobros tendrá en cuenta los siguientes aspectos: 1. Cuando la glosa sea por no pertinencia demostrada, se glosara el total de los honorarios de la misma. 2. Cuando la glosa sea por condiciones del manual contratado, como mayor valor cobrado, se descontará al CONTRATISTA la diferencia entre el mayor valor cobrado y el valor reconocido. En general aplicarían las condiciones del manual contratado, se aplicará el 100% de la glosa de honorarios en lo que

	exceda en relación con el valor facturado por el CONTRATISTA. 3. Para las demás causas de glosa se aplicará si supera el 2% de la facturación.
Obligaciones de la E.S.E.	• Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato • Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley • Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte.
Plazo de liquidación del contrato	El término de que disponen las partes para liquidar los contratos de mutuo acuerdo, será de cuatro (4) meses contados a partir de la finalización del plazo de ejecución señalado en el mismo, de no realizarse dentro del término previsto se aplicará a lo dispuesto en el Estatuto de contratación. Igualmente debe tenerse en cuenta que para aquellos de ejecución instantánea como los de prestación de servicios profesionales, no se requiere la liquidación de contrato, conforme lo dispone el decreto 019 de 2012.
Fundamentos Jurídicos de Modalidad de Selección	El marco legal del proceso de selección y de las obligaciones que se deriven de su adjudicación, está conformado por la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por el estatuto de contratación de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, las normas orgánicas de presupuesto, las disposiciones cambiarias, y las demás normas concordantes con la materia, que rijan y lleguen a regir los aspectos del presente proceso de selección.
Justificación de los factores de selección	Cumplimiento de las condiciones fijadas en el análisis de oportunidad y conveniencia.
Condiciones de cumplimiento para la contratación.	PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON CERTIFICACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE INMUNOBIOLÓGICOS CON MÁS DE UN AÑO DE EXPERIENCIA. Garantizar el suministro de los inmunobiológicos de forma continua, así como insumos y materiales necesarios para la administración del mismo. Contar con los elementos, medios de transporte y demás requisitos establecidos por el ministerio de salud y protección social para la conservación de la cadena de frio de los inmunobiológicos. Suministrar los elementos de papelería necesarios para llevar registro de las actividades derivadas del proceso de vacunación a los recién nacidos, incluyendo los carné de vacunación que se entregan a la madre, padre o cuidador principal del menor.

Estimación, tipificación y asignación de riesgos previsibles

El Hospital Federico Lleras identifica los siguientes riesgos asociados al proceso de contratación:

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

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

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

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

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

MECANISMOS DE COBERTURA:

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

DEFINICIONES:

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

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

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

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

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

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

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

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia de la evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad

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

Forma de Mitigarlo:

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

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

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN FINANCIERA

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

9

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

modificación e interpretación unilateral del Contrato:	terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el contrato en caso de ser adjudicado, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto contractual
Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato:	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el Contrato, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato. Terminación anticipada del contrato: Procede por: a. Por mutuo acuerdo entre las partes. b. Por declaratoria de caducidad del contrato por parte del CONTRATANTE en la forma y en los efectos previstos en el art 18 de la ley 80 de 1993. c. Por decisión autónoma de cualquiera de las partes en cualquier tiempo, dando aviso por escrito a la otra con por lo menos treinta (30) días de anticipación. d. Por evaluación no satisfactoria del CONTRATISTA. e. El reporte del contratista en la listas nacionales e internacionales que establecen la relación de personas que de acuerdo al organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo. Modificación concertada: Cualquier decisión que modifique la relación contractual inicialmente pactada, no será válida sin la aprobación conjunta y por escrito de las partes contratantes Suspensión temporal del contrato: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la vigencia del contrato mediante la suscripción de un acta en donde conste el evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. Cuando estas circunstancias afecten las obligaciones del Contratista para ser aceptadas, este deberá comunicarlo por escrito al contratante dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del hecho con la debida comprobación. Se entiende por fuerza mayor o caso fortuito las situaciones contempladas y definidas por el art 1 de la ley 95 de 1890 Cláusula 16 – El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, se reserva el derecho de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios administrativos profesionales, conforme a los estipulado en el art 18 de la ley 80 de 1993
Multas	En los contratos se incluirán las sanciones por incumplimiento del contratista como son la cláusula penal pecuniaria por un valor equivalente al 20% del valor total del contrato en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista; las multas diarias y sucesivas hasta por diez (10) días equivalente al 0.2% del valor total del contrato en caso de incumplimiento parcial al objeto del contrato la cual debe aplicarse antes de la terminación del plazo de ejecución de este último
Caducidad	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, se reserva el derecho de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios administrativos profesionales, conforme a los estipulado en el art 18 de la ley 80 de 1993
Cláusula Penal	Las partes contratantes convienen pactar como sanción pecuniaria el

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

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

	recibo de la misma, y si guarda silencio se entenderá que la reclamación fue aceptada o aprobada.
Legislación:	El presente contrato se regirá por las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las clausulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.
Auditoria:	La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorias en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP) (ARL) (EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Convienen las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista.
Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT	1) EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. 2) EL CONTRATISTA, se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, provengan, de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo.3) En todo caso, si durante el plazo de vigencia del contrato, EL CONTRATISTA, algunos de sus administradores, socios o administradores llegaren a ser (I) vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo. (II) Incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o (III) Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos ; o IV) llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de

	activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente. a estos, EL CONTRATANTE tiene el derecho de terminar unilateralmente el contrato sin que por este hecho esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a EL CONTRATISTA. 4) De la misma forma, EL CONTRATISTA, declara que los recursos que incorpora para el desarrollo del Objeto contractual, proceden de actividades completamente lícitas.5) EL CONTRATISTA, se obliga expresamente a entregar a EL CONTRATANTE, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que EL CONTRATANTE requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula, EL CONTRATANTE tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica surgida.6) EL CONTRATISTA, manifiesta que conforme a lo anterior autoriza al Contratante la consulta y verificación en cualquier base de datos, listas restrictivas y públicas.
Gastos:	Los gastos que ocasione la legalización del contrato en caso de adjudicación del contrato a cargo del Contratista.
Publicación:	Conforme lo estatuido en el Decreto 019 de 2012, la contratación de la E.S.E., deberá ser publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública-SECOP II - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente.
Domicilio Contractual	Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué
Estampillas	EL CONTRATISTA NO DEBE REALIZAR PAGO DE ESTAMPILLAS: Se acoge a la normatividad vigente, ordenanza 020/2018, por tal razón NO se solicitará estampillas; sin embargo, la entidad solicita concepto de interpretación a la ordenanza a la Gobernación del Tolima; en caso tal que a raíz de este concepto se cambien las determinaciones de la ordenanza 020/2018, se solicitarán las siguientes estampillas

ESTAMPILLA	TARIFA
PROCULTURA	1 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA
PROHSPITAL	1 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA
PROELECTRIFICADORA	0,5 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA

Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PERSONA JURIDICA		
PRECONTRAC	1	PROPUESTA
	2	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP DEL REPRESENTANTE LEGAL

	3	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%
	4	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (INFERIOR 1 AÑO)
	5	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL- MAX 30 DIAS
	6	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA REPRESENTANTE LEGA-MAX 30 DIAS
	7	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA REPRESENTANTE LEGAL-MAX 30 DIAS
	8	RUT DE LA EMPRESA
	9	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA - MAX 30 DIAS
	10	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA DE LA EMPRESA- MAX 30 DIAS
	11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA DE LA EMPRESA-MAX 30 DIAS
	12	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION
	13	SOPORTES-ANTECEDENTES
	14	PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA
	15	BIENES Y RENTAS
	16	CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
	17	INEXISTENCIA DE PERSONAL
	18	CERTIFICAD DE IDONEIDAD
	19	VERIFICACION DE TITULOS
	20	CARTA DE ACEPTACION
	21	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD
	22	ACEPTACION DE MANEJO EN BASE DE DATOS

Responsable,

GEINY LORENA DUARTE ESPINOSA
Profesional especializado Área Salud
Coordinadora UFIM
Hospital Federico Lleras Acosta

LUIS EDUARDO GONZALEZ
Gerente
Hospital Federico Leras Acosta

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: GF-FR-066
		Versión: 03
	FORMATO SOLICITUD CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	Vigente desde: 30/06/2023
		Página: 1 de 1

Fecha: Ibagué,

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.9.9.01

Nombre Rubro Presupuestal: Otros Servicios Sanitarios N.C.P

Valor: $6.000.000

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

Prestar el servicio de vacunación al recién nacido para el desarrollo del proceso en los servicios asistenciales en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E., por Dos (2) meses a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

GEINY LORENA DUARTE ESPINOSA
Coordinadora Unidad Funcional Internación Médica

Autorización Ordenador del Gasto:

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

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ AM ___ PM___

Diligenció

Nombre: *Rocio Diaz C.* Firma:

Fecha:

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageId=77001348

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 [illegible]

PROMOVER

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	Representante Legal
Título	Dr(a)
Nombre	ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	65762622
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	direccioncomercial@promoversas.com.co

15

Ibagué, Noviembre 02 de 2023

Doctor
LUIS EDUARDO GONZALEZ
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta ESE
Ibagué-Tolima

Referencia: Propuesta Prestación de Servicios

Respetado doctor:

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

La presente propuesta se realiza con el objeto de: PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E.

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

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

Manifiesto bajo la gravedad del juramento lo siguiente:

1. Especificaciones de la presente propuesta.

2. Que no me encuentro incursos en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para licitar o contratar consagradas en las disposiciones contenidas en la Constitución Política, en el artículos 8° de la Ley 80 de 1993 y el

artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás disposiciones legales vigentes sobre la materia. (En caso de tratarse de un consorcio o unión temporal deberá manifestarse que ninguno de sus integrantes se encuentra en dicha situación).

3. Que no tengo parientes en la planta interna y/o externa en los cargos directivo, ejecutivo y/o asesor de la E.S.E.

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

5. Que el régimen tributario al cual pertenecemos es Persona Jurídica

6. Que esta propuesta compromete al firmante de esta carta.

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

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

9. Que el valor total de la propuesta es la suma de $6.000.000. Duración de Dos (2) meses a partir de la legalización de contrato.

10. Que no estoy reportado en el boletín de Responsables Fiscales, expedido por la Contraloría General de la República.

11. Que he leído y verificado los datos consignados en el contrato que voy a suscribir en cuanto a la identificación, la vigencia, el valor, las obligaciones, los requisitos de perfeccionamiento, la forma de pago y que los mismos son correctos y corresponden a la propuesta presentada.

Además, manifiesto:

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

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

Cordialmente,

Adan M. Pardo V.

CC: 65.762.622 DE Ibagué

Representante Legal

Federico
Lleras Acosta
E.S.E. HOSPITAL DE IBAGUE
Nit: 890706833-9

Ibagué, **Noviembre 10 de 2023**

Señores
PROMOVER SAS
Ciudad

Respetados Señores,

En mi calidad de Gerente del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. me permito informa que se recibió la propuesta para la contratación con el fin de desarrollar el siguiente objeto: PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E., la cual fue analizada por el responsable del área que tiene la necesidad de la prestación del servicio y quien elaboró el análisis de conveniencia, se determinó la aceptación de su propuesta para realizar la contratación.

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

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

Cordialmente,

LUIS EDUARDO GONZALEZ
Gerente

17

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	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PARDO	VIÑA	ADRIANA MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 65.762.622 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIANA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 0 9 MES 0 8 AÑO 1 9 7 4

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

WORLD TRADE CENTER OFICINA 1006

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

TELÉFONO 2739402 EMAIL adrjanampardo@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

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 SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
PRESENCIAL	9	X		TERAPEUTA RESPIRATORIA	12	1997	

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

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB
ESPAÑOL			X			X			X

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
PROMOVER S.A.S.		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TOLIMA	IBAGUÉ	direcciontalentohumano@promoversas.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2739402	DÍA 01 MES 01 AÑO 2016	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Representante Legal Suplente - Sub Gerente	GERENCIA	WORLD TRADE CENTER OFICINA 1006

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

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
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	23	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	23	6

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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento IBAGUÉ, 1 DE NOVIEMBRE DE 2023

Adriana M. Pardo V.

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: PROMOVER S.A.S.

SIGLA: PROMOVER S.A.S. | NIT No.: 809.002.913-3

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO: | PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:

ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO: [ ][ ] (VER AL RESPALDO)

CLASE: [1][6] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUÉ | DIRECCIÓN: WORLD TRADE CENTER OFICINA 1006 - 1007

TELÉFONOS: 2739402 EXT. 121 | FAX: | APARTADO AÉREO:

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 SERVICIOS DE AMBULANCIAS	2 SERVICIOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA
3 PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	4 SERVICIOS DE VACUNACIÓN PAI Y NO POS
5 SERVICIOS DE 1ER. NIVEL	6 SERVICIOS DEL SGSST

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO:

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
POSITIVA S.A.		X	3148217259	31 DIC 2020	$35.000.000
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO	X		2670088	31 DIC 2020	$6.700.000
PIJAOS SALUD EPS I		X	3212022181	31 DIC 2020	INDETERMINADO
TUSALUD Y BIENESTAR		X	3167567896	31 JUL 2021	INDETERMINADO
SALUD TOTAL EPS		X	3043845735	31 JUL 2021 PRORROGABLE	INDETERMINADO

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: PARDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): VIÑA | NOMBRES: ADRIANA MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] | NÚMERO: 65.762.622 | ACTÚA EN CARÁCTER DE: Representante Legal [X] Apoderado [ ] | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $INDETERMINADO

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS [illegible]LES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES: _____

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA: Adana M. Pardo V. | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 1 DE NOVIEMBRE DE 2023

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE | CIUDAD Y FECHA

4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **65.762.622**

PARDO VIÑA

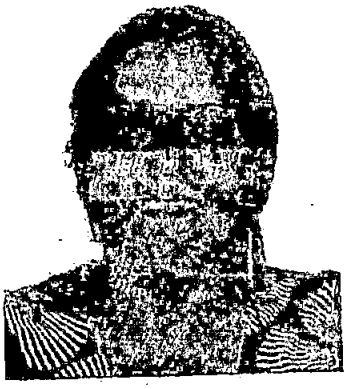
APELLIDOS

ADRIANA MILENA

NOMBRES

Adriana M. Pardo V.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-1974**
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S RH	SEXO

29-OCT-1992 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION.

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2900100-00327893-F-0065762622-20110826 0027861751A 1 6371477581

22

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14886195176

(415)7707212489984(8020) 000001488619517 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 5 7 6 2 6 2 2	7	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PARDO	VIÑA	ADRIANA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 4 C 33 20 BRR CADIZ

42. Correo electrónico: promovertesoreria@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
7 3 0 0 0 6	3 2 1 7 7 6 5 8 0 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 0 6 0 8 2 9						2 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros																					Exportadores					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																							57. Modo			
																							58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 03 / 17 : 09: 09

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PARDO VIÑA ADRIANA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

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 jueves 02 de noviembre de 2023, a las 17:04:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	65762622
Código de Verificación	657626222231102170454

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

24

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 234323863

PIB
17:08:06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de noviembre 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) ADRIANA MILENA PARDO VIÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65762622:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

25

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:09:49 PM horas del 02/11/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **65762622**

Apellidos y Nombres: **PARDO VIÑA ADRIANA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14899482398

(415)7707212489984(8020) 000001489948239 8

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
PROMOVER SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
[redacted]OMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal
CR 9 57 15 OF 1006 1007 WORLD TRADE CENTER IBAGUE

42. Correo electrónico contabilidad@promoversas.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
7 3 0 0 0 1	2 7 3 9 4 0 2	3 1 5 3 9 1 7 7 3 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 3 0 2 0 7	8 7 1 0	2 0 1 3 0 2 0 7	8 6 2 1			2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 55- Informante de Beneficiarios Finales
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
[redacted]- Facturador electrónico

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																							57. Modo			
																							58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 03 - 06 / 14 : 52: 18

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

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

984. Nombre PARDO VIÑA ADRIANA MILENA
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14899482398

(415)7707212489984(8020) 000001489948239 8

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 0	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	5 8 2	6 3
73. Fecha	1 9 9 7 0 3 0 3	2 0 1 7 1 0 0 2
74. Número de notaría	3	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 7 0 3 0 5	2 0 1 7 1 1 0 1
77. No. Matrícula mercantil	9 8 2 1 1	9 8 2 1 1
78. Departamento	7 3	7 3
79. Ciudad/Municipio	1 6	1 6

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Vigencia

80. Desde	1 9 9 7 0 3 0 3	1 9 9 7 0 3 0 3
81. Hasta	2 0 1 7 0 3 0 3	2 0 9 9 1 2 3 1

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 1 2 0 1		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14899482398

(415)7707212489984(8020) 000001489948239 8

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 3 1 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	6 5 7 6 2 6 2 2		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PARDO	VIÑA	ADRIANA	MILENA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 2 0 3 1 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	2 8 5 4 0 0 6 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CORTES	PARDO	PAMELA	SOFIA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14899482398

(415)7707212489984(8020) 000001489948239 8

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

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 8 2 4 6 2 3 7		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PARDO	RODRIGUEZ	CARMEN	SOFIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
40,000,000	1 0 0	2 0 2 2 1 1 0 3	2 0 2 3 0 2 2 8

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 1 9 3 8 1 5 2		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
VACCA	ANGEL	MARIA	LUCIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 1 1 0 3	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	8 7 1 5 1 2 6		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SANCHEZ	MONTAÑO	ORLANDO	JESUS

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 1 1 0 3	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	2 8 5 4 0 0 6 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CORTES	PARDO	PAMELA	SOFIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 1 1 0 3	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	3 2 5 2 7 5 7 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
HURTADO	CARDONA	EDILMA	ISABEL

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 1 1 0 3	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14899482398

(415)7707212489984(8020) 000001489948239 8

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

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 4 3 9 6 1 8 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PALACIO	NAVAS	JOHN	HARVEY

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 1 1 0 3	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14899482398

(415)7707212489984(8020) 000001489948239 8

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 8 2 5 6 5 8 4		3 1 6 0 9 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
RUBIO	ROMERO	MARTHA	LILIANA

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 1 0 0 2 1 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	6 5 7 6 5 7 7 4		5 9 2 5 2 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
ZABALETA	IDARRAGA	SANDRA	LILIANA

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento
2 0 1 3 0 7 0 8

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	9 3 4 0 1 3 1 1		9 5 5 3 6

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MORENO	TORRES	JONH	JAIRO

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 0 4 0 1 0 2

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14899482398

(415)7707212489984(8020) 000001489948239 8

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: PROMOVER

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

165. Dirección: CR 4 B 33 08 BRR CADIZ

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
9 8 2 1 2	1 9 9 7 0 3 0 5	2 6 6 6 8 1 4	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: PROMOVER CALI

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: CL 5 A 40 60

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
7 3 8 7 0 2	2 0 0 8 0 5 1 4	3 1 7 5 0 0 4 6 0 2	

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: PROMOVER CALI 2

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: CL 44 N 4 93 N

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
7 4 0 8 1 1	2 0 0 8 0 6 1 2	3 1 7 5 0 0 4 6 0 2	2 0 1 6 0 2 2 3

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14899482398

(415)7707212489984(8020) 000001489948239 8

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: PROMOVER GIRARDOT

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

165. Dirección: CR 8 N 20 A N 22 24 BRR GRANADA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
6 0 3 2 7	2 0 1 0 0 7 2 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 5 8 5 3 0 1 2	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: PROMOVER LTDA.

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

165. Dirección: CR 8 N 20 A N 22 24 BRR GRANADA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
3 9 0 8 8	2 0 0 4 0 2 2 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 5 8 5 3 0 1 2	2 0 2 1 0 4 2 8

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

34

CAMARA DE COMERCIO DE IBAGUE
PROMOVER SAS
Fecha expedición: 2023/11/01 - 09:24:44 **** Recibo No. H000048840 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20231101-0028

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUÉ *** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS ***
CODIGO DE VERIFICACIÓN gS9gZMJQ7z

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: PROMOVER SAS
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 809002913-3
ADMINISTRACIÓN DIAN : IBAGUE
DOMICILIO : IBAGUE

MATRICULA – INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 98211
FECHA DE MATRÍCULA : MARZO 05 DE 1997
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2023
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 29 DE 2023
ACTIVO TOTAL : 16,646,860,456.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CR 9 NO. 57-15 OF 1006 -1007 WORLD TRADE CENTER IBAGUE
BARRIO : URB RINCON DE PIEDRA PINTADA
MUNICIPIO / DOMICILIO: 73001 - IBAGUE
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 2739402
TELÉFONO COMERCIAL 2 : 3153917736
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : contabilidad@promoversas.com.co

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CR 9 NO. 57-15 OF 1006 -1007 WORLD TRADE CENTER IBAGUE
MUNICIPIO : 73001 - IBAGUE
BARRIO : URB RINCON DE PIEDRA PINTADA
TELÉFONO 1 : 2739402
TELÉFONO 2 : 3153917736
CORREO ELECTRÓNICO : contabilidad@promoversas.com.co

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación :

contabilidad@promoversas.com.co

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8710 - ACTIVIDADES DE ATENCION RESIDENCIAL MEDICALIZADA DE TIPO GENERAL
OTRAS ACTIVIDADES : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION

CERTIFICA - AFILIACIÓN

EL COMERCIANTE ES UN AFILIADO DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 12 DE LA LEY 1727 DE 2014.

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 582 DEL 03 DE MARZO DE 1997 OTORGADA POR Notaria 3a. de Ibague DE IBAGUE, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 22079 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 05 DE MARZO DE 1997, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA PROMOVER LTDA.

CERTIFICA - RELACION DE NOMBRES QUE HA TENIDO

QUE LA PERSONA JURÍDICA HA TENIDO LOS SIGUIENTES NOMBRES O RAZONES SOCIALES

1) PROMOVER LTDA
Actual.) PROMOVER SAS

CERTIFICA - CAMBIOS DE NOMBRE O RAZON SOCIAL

POR ACTA NÚMERO 63 DEL 02 DE OCTUBRE DE 2017 SUSCRITO POR LA JUNTA DE SOCIOS REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 65427 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 01 DE NOVIEMBRE DE 2017, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU. NOMBRE DE PROMOVER LTDA POR PROMOVER SAS

CERTIFICA - TRANSFORMACIONES / CONVERSIONES

POR ACTA NÚMERO 63 DEL 02 DE OCTUBRE DE 2017 DE LA JUNTA DE SOCIOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 65427 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 01 DE NOVIEMBRE DE 2017, SE INSCRIBE LA TRANSFORMACION : TRANSFORMACION DE LA SOCIEDAD DEL TIPO DE LAS LIMITADAS AL TIPO DE SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA DENOMINANDOSE PROMOVER S.A.S.

CERTIFICA - REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO		INSCRIPCION	FECHA
EP-1455	19980427	NOTARIA 3A. DE IBAGUE	IBAGUE	RM09-24001	19980504
EP-3189	19980918	NOTARIA 3A. DE IBAGUE	IBAGUE	RM09-24541	19980922
EP-575	19990316	NOTARIA 3A. DE IBAGUE	IBAGUE	RM09-25319	19990326
EP-1348	19990622	NOTARIA 3. DE IBAGUE	IBAGUE	RM09-25765	19990721
EP-1348	19990622	NOTARIA 3. DE IBAGUE	IBAGUE	RM09-25765	19990721
AC-26	20000925	JUNTA DE SOCIOS	IBAGUE	RM09-27308	20001009

EP-1470	20000711	NOTARIA 3_ DE IBAGUE	IBAGUE	RM09-27455	20001201
EP-1470	20000711	NOTARIA 3_ DE IBAGUE	IBAGUE	RM09-27455	20001201
EP-1470	20000711	NOTARIA 3_ DE IBAGUE	IBAGUE	RM09-27455	20001201
EP-1470	20000711	NOTARIA 3_ DE IBAGUE	IBAGUE	RM09-27455	20001201
EP-1661	20040716	NOTARIA TERCERA	IBAGUE	RM09-32235	20040727
EP-650	20050328	NOTARIA TERCERA	IBAGUE	RM09-33260	20050329
EP-1340	20060530	NOTARIA TERCERA	IBAGUE	RM09-35117	20060711
EP-425	20080226	NOTARIA TERCERA	IBAGUE	RM09-37745	20080311
EP-1917	20120725	NOTARIA TERCERA	IBAGUE	RM09-49459	20120726
AC-63	20171002	JUNTA DE SOCIOS	IBAGUE	RM09-65427	20171101
AC-63	20171002	JUNTA DE SOCIOS	IBAGUE	RM09-65428	20171101
AC-64	20180306	ASAMBLEA DE ACCIONISTAS	IBAGUE	RM09-66651	20180411
AC-70	20220318	ASAMBLEA DE ACCIONISTAS	IBAGUE	RM09-80673	20220517
AC-071	20221103	ASAMBLEA DE ACCIONISTAS	IBAGUE	RM09-82977	20221229
AC-071	20221103	ASAMBLEA DE ACCIONISTAS	IBAGUE	RM09-82977	20221229

CERTIFICA - VIGENCIA

VIGENCIA: QUE EL TÉRMINO DE DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA ES INDEFINIDO.

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

LA SOCIEDAD TENDRÁ POR OBJETO PRINCIPAL LA PROMOCIÓN DE NEGOCIOS; CON ELLO, LA REALIZACIÓN DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OPERACIONES Y ACTOS DE COMERCIO AUTORIZADOS POR EL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO Y EN ESPECIAL LA POSESIÓN Y EXPLOTACIÓN DEL PATRIMONIO QUE OSTENTA. LA SOCIEDAD PODRÁ DESARROLLAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TALES COMO: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD; ASESORÍA; IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DE PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL. ASESORÍAS EN PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN MUNICIPALES; AUDITORIA MEDICA; PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD EN EL PRIMER, SEGUNDO, TERCER Y CUARTO NIVEL DE ATENCIÓN; IMPORTACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO, COMERCIALIZACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS COMO ODONTOLÓGICOS, RAYOS X Y DE LABORATORIO; SERVICIO DE TRASLADOS EN AMBULANCIA (TRANSPORTE TERRESTRE), MEDICALIZADA Y BÁSICA. POR TANTO, EN DESARROLLO DE SU OBJETO PODRÁ LA SOCIEDAD INVERTIR EN ACCIONES, BONOS, VALORES BURSÁTILES, CUOTAS Y PARTES DE INTERÉS; PODRÁ ADEMÁS REALIZAR INVERSIÓN EN BIENES MUEBLES Y/O INMUEBLES URBANOS Y/O RURALES Y LA ADQUISICIÓN, ADMINISTRACIÓN, ARRENDAMIENTO, GRAVAMEN O ENAJENACIÓN DE LOS MISMOS. ADEMÁS, PODRÁ REALIZAR INVERSIONES EN OTRAS EMPRESAS. PODRÁ OBTENER, DESARROLLAR, Y/O EXPLOTAR CONCESIONES Y PRIVILEGIOS DE CUALQUIER NATURALEZA, COMO PATENTES DE INVENCIÓN. EN DESARROLLO DE ESTE OBJETO SOCIAL LA SOCIEDAD PODRÁ: A) ADQUIRIR, ENAJENAR, GRAVAR LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES: QUE REQUIERA EL GIRO DE LOS NEGOCIOS; B) ORGANIZAR Y ADMINISTRAR LOS ESTABLECIMIENTOS QUE REQUIERA EL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS; C) CONTRATAR PRÉSTAMOS, CON O SIN INTERESES, GIRAR, ENDOSAR, ACEPTAR, GARANTIZAR, COBRAR, DESCONTAR TÍTULOS VALORES Y EN GENERAL CELEBRAR TODAS LAS OPERACIONES RELACIONADAS CON OBJETOS DE COMERCIO QUE SEAN NECESARIAS Y ÚTILES AL DESARROLLO DE LOS NEGOCIOS SOCIALES; D) CELEBRAR CON ESTABLECIMIENTOS DE CRÉDITO Y CON COMPAÑÍAS ASEGURADORAS LAS OPERACIONES INHERENTES AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES; E) ADQUIRIR EMPRESAS CON OBJETO SIMILAR O IGUAL; F) FORMAR PARTE DE SOCIEDADES COMERCIALES ESTABLECIDAS O QUE SE ESTABLEZCAN EN EL PAÍS; G) TRANSIGIR, DESISTIR O SOMETER A DECISIÓN ARBITRAL LAS CUESTIONES EN QUE TENGA INTERÉS LA SOCIEDAD FRENTE A TERCEROS O A SUS ASOCIADOS; H) 'CELEBRAR EL CONTRATO DE MANDATO Y/O AGENCIA COMERCIAL; I) INVERTIR EN ENTIDADES DEL SECTOR FINANCIERO, DEBIDAMENTE AUTORIZADAS, LOS SUPERÁVITS DE EFECTIVO QUE TENGA LA SOCIEDAD; J) CELEBRAR CUALQUIER TIPO DE CONTRATO COMERCIAL CON CUALQUIER PERSONA NATURAL Y/O SOCIEDAD NACIONAL O EXTRANJERA, PARTICIPAR EN LICITACIONES, ENAJENAR,

ADQUIRIR, TOMAR O DAR EN ARRENDAMIENTO, ENTREGAR EN GARANTÍA BIENES DE LA SOCIEDAD PARA OBLIGACIONES PROPIAS, RECIBIR BIENES EN GARANTÍA, RECIBIR Y ENTREGAR BIENES EN DACIÓN EN PAGO. K) GIRAR, ACEPTAR, ENDOSAR, SUSCRIBIR, PROTESTAR, TODO TIPO DE TÍTULOS VALORES. L) HACER PARTE DE OTRAS SOCIEDADES, POR ADQUISICIÓN, ENAJENACIÓN O CUALQUIER OTRA MODALIDAD QUE LA LEY PREVEA, REPRESENTARLAS, SERVIRLES DE AGENTE COMERCIAL, REPRESENTANTE, CORREDOR, Y CELEBRAR CUALQUIER TIPO DE CONTRATO CON ELLAS, Y M) EN GENERAL CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD COMERCIAL LÍCITA, COMPLEMENTARIA O NO, DE LAS ACTIVIDADES ANTES DESCRITAS.
PARAGRAFO: LA EMPRESA EJERCERÁ SU OBJETO DE MANERA DIRECTA, TAMBIÉN LO PODRÁ REALIZAR A TRAVÉS DE TERCEROS O EN CONVENIOS CON ELLOS.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	80.000.000,00	80.000,00	1.000,00
CAPITAL SUSCRITO	80.000.000,00	80.000,00	1.000,00
CAPITAL PAGADO	80.000.000,00	80.000,00	1.000,00

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 071 DEL 03 DE NOVIEMBRE DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 82978 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 29 DE DICIEMBRE DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA	PARDO RODRIGUEZ CARMEN SOFIA	CC 38,246,237

POR ACTA NÚMERO 071 DEL 03 DE NOVIEMBRE DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 82978 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 29 DE DICIEMBRE DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA	VACCA ANGEL MARIA LUCIA	CC 31,938,152

POR ACTA NÚMERO 071 DEL 03 DE NOVIEMBRE DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 82978 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 29 DE DICIEMBRE DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA DIRECTIVA	SANCHEZ MONTAÑO ORLANDO JESUS	CC 8,715,126

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 071 DEL 03 DE NOVIEMBRE DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 82978 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 29 DE DICIEMBRE DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA	CORTES PARDO PAMELA SOFIA	CC 28,540,064

POR ACTA NÚMERO 071 DEL 03 DE NOVIEMBRE DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 82978 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 29 DE DICIEMBRE DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA	HURTADO CARDONA EDILMA ISABEL	CC 32,527,579

POR ACTA NÚMERO 071 DEL 03 DE NOVIEMBRE DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 82978 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 29 DE DICIEMBRE DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA	PALACIO NAVAS JOHN HARVEY	CC 14,396,189

CERTIFICA - REPRESENTACIÓN LEGAL

LA SOCIEDAD TENDRÁ UN GERENTE QUIEN SERÁ SU REPRESENTANTE LEGAL, TENDRÁ A SU CARGO LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LOS NEGOCIOS SOCIALES CON SUJECIÓN A LA LEY, A ESTOS ESTATUTOS, ASÍ COMO A LOS REGLAMENTOS Y DECISIONES DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS; ÉSTE A SU VEZ TENDRÁ UN GERENTE SUPLENTE - REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE, QUIEN REMPLAZARA EN SUS AUSENCIAS TEMPORALES O DEFINITIVA AL GERENTE REPRESENTANTE LEGAL.

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 70 DEL 18 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 80672 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 17 DE MAYO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	PARDO VIÑA ADRIANA MILENA	CC 65,762,622

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 70 DEL 18 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 80672 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 17 DE MAYO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CAMARA DE COMERCIO DE IBAGUE
PROMOVER SAS
Fecha expedición: 2023/11/01 - 09:24:44 **** Recibo No. H000048840 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20231101-0028
*** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS ***
CODIGO DE VERIFICACIÓN gS9gZMJQ7z

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE	CORTES PARDO PAMELA SOFIA	CC 28,540,064

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

EL GERENTE - REPRESENTANTE LEGAL, PODRÁ CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN EL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD, SIN LIMITACIONES DE CUANTÍA. FRENTE A LAS CONTRATACIONES CON LAS ENTIDADES A LAS CUALES LA EMPRESA PRESTE SUS SERVICIOS, RECIBA INGRESOS O LE PUEDA GENERAR INGRESOS Y NO OBLIGACIONES ECONÓMICAS, FRENTE A LA SUSCRIPCIÓN DE LOS MISMOS, ASÍ COMO, TAMBIÉN CON OCASIÓN A LOS DESEMBOLSOS O EROGACIONES DE DINEROS CORRESPONDIENTES AL GIRO NORMAL DEL NEGOCIO. AHORA BIEN, TENDRÁ UNA LIMITACIÓN DE CUANTÍA: FRENTE A LOS DESEMBOLSOS O EROGACIONES QUE NO CORRESPONDAN AL GIRO NORMAL DEL NEGOCIO, A LA EJECUCIÓN DEL OBJETO SOCIAL DE LA EMPRESA O A LOS DESEMBOLSOS HABITUALES DE SU OPERACIÓN; CASOS EN LOS CUALES, EL MONTO DE LOS PAGOS O DE TALES EROGACIONES, NO PODRÁ EXCEDER DE: CINCUENTA (50) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (SMLMV). POR ÚLTIMO, REQUERIRÁ DE LA AUTORIZACIÓN O APROBACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD: PARA REALIZAR ACTOS Y/O NEGOCIOS QUE: A) NO SIENDO DEL GIRO NORMAL U ORDINARIO DEL NEGOCIO, REPRESENTEN DESEMBOLSOS QUE SUPEREN CONJUNTA O SEPARADAMENTE, LA CUANTÍA DE CINCUENTA (50) SMLMV Y B) ENAJENAR O TRANSFERIR ACTIVOS DE LA SOCIEDAD BAJO TÍTULO ALGUNO O CONSTITUIR GRAVAMEN SOBRE LOS MISMOS Y/O COMPROMETER LA RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA PARA GARANTIZAR OBLIGACIONES PROPIAS DE LA SOCIEDAD, DE LOS ACCIONISTAS, O DE TERCEROS; TENIENDO EN CUENTA ADEMÁS, QUE. AUN CON LA APROBACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA, NO PODRÁ REALIZAR TALES OPERACIONES, SIN PREVIA RATIFICACIÓN DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTA, EN LA QUE SE HAYA ENCONTRADO PRESENTE, POR LO MENOS UNA PERSONA CON ACCIONES DE VOTO MÚLTIPLE, MIENTRAS ESTAS EXISTAN. EL GERENTE SUPLENTE, REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE, CUANDO SUSTITUYA AL GERENTE, REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL, TENDRÁ LAS MIS FACULTADES SEÑALADAS PARA ESTE ÚLTIMO EN EL PRESENTE ARTÍCULO DE LOS ESTATUTOS SOCIALES; SIENDO TAMBIÉN APLICABLE A ESTE, LAS LIMITACIONES SEÑALADAS PARA EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE QUIEN ACTÚE COMO GERENTE, REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD.
FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD: 1.- ESTABLECER LA MISIÓN, PROPÓSITO Y VALORES DE LA ENTIDAD. 2.- DEFINIR LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS. 3.- APROBAR Y REVISAR LAS ESTRATEGIAS DE NEGOCIOS. 4.- EVALUAR EN FORMA PERIÓDICA LAS ESTRATEGIAS, DECISIONES, NECESIDADES Y DESEMPEÑO DE LA ENTIDAD. 5.- ESTABLECER EL CÓDIGO DE CONDUCTA. 6.- SELECCIONAR AL ADMINISTRADOR O LA PERSONA ENCARGADA DE MANEJAR EL DÍA A DÍA. 7.- APROBAR LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL. 8.- ASIGNAR RESPONSABILIDADES Y AUTORIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES Y APROBACIÓN. 9.- SUPERVISAR EN FORMA GENERAL EL FUNCIONAMIENTO DE LA ENTIDAD. 9.- IDENTIFICAR Y COADMINISTRAR LOS PRINCIPALES RIESGOS DE LA ENTIDAD. 10.- SUPERVISAR EL DESEMPEÑO DE LA ADMINISTRACIÓN. 11.- ASEGURARSE DE QUE EL CONTROL INTERNO SEA EFECTIVO. 12.- APROBAR LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS. 13.- APROBAR EL PRESUPUESTO ANUAL INCLUIDO EL DE INVERSIONES. 14.- EN LOS CASOS EN QUE EL GERENTE, REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL O EL GERENTE SUPLENTE - REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE (CUANDO SUSTITUYA EN SUS FUNCIONES AL GERENTE - REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL); SOLICITAN A LA JUNTA, REALIZAR LA AUTORIZACIÓN O NO, DE LOS ACTOS Y/O NEGOCIOS QUE SE INDICAN EL ARTICULO 52., DE LOS PRESENTES ESTATUTOS, QUE COMO EN ÉL SE SEÑALA, REQUIEREN LA APROBACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD. 15.- ASEGURARSE DEL CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES Y OBLIGACIONES FISCALES O TRIBUTARIAS DE LA ORGANIZACIÓN.

CAMARA DE COMERCIO DE IBAGUE
PROMOVER SAS
Fecha expedición: 2023/11/01 - 09:24:44 **** Recibo No. H000048840 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20231101-0028

*** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS ***
CODIGO DE VERIFICACIÓN gS9gZMJQ7z

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 12 DEL 11 DE FEBRERO DE 2010 DE LA JUNTA DE SOCIOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 41322 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 03 DE MAYO DE 2010, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	RUBIO ROMERO MARTHA LILIANA	CC 38,256,584	31609

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRIMEROS SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 56 DEL 30 DE MAYO DE 2013 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 51432 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 08 DE JULIO DE 2013, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL SUPLENTE	ZABALETA IDARRAGA SANDRA LILIANA	CC 65,765,774	59252-T

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

*** **NOMBRE ESTABLECIMIENTO** : PROMOVER
MATRICULA : 98212
FECHA DE MATRICULA : 19970305
FECHA DE RENOVACION : 20230329
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2023
DIRECCION : CR 4B N 33-08
BARRIO : BRR CADIZ
MUNICIPIO : 73001 - IBAGUE
TELEFONO 1 : 2666814
TELEFONO 2 : 3153917736
CORREO ELECTRONICO : contabilidad@promoversas.com.co
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8710 - ACTIVIDADES DE ATENCION RESIDENCIAL MEDICALIZADA DE TIPO GENERAL
OTRAS ACTIVIDADES : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 16,646,860,456

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MEDIANA EMPRESA

CAMARA DE COMERCIO DE IBAGUE
PROMOVER SAS
Fecha expedición: 2023/11/01 - 09:24:45 **** **Recibo No.** H000048840 **** **Num. Operación.** 99-USUPUBXX-20231101-0028

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUÉ TRABAJANDO POR UNA REGIÓN DE EMPRESARIOS *** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS ***
CODIGO DE VERIFICACIÓN gS9gZMJQ7z

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $15,625,618,720
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8699

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE IBAGUE contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar hasta po 60 días y cuantas veces lo requiera, el contenido del mismo, ingresando al enlace https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16 seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación gS9gZMJQ7z

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

LUIS FERNANDO VEGA SÁENZ
Director Juridico

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

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 jueves 02 de noviembre de 2023, a las 17:08:22, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	8090029133
Código de Verificación	8090029133231102170822

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 234323741

PIB
17:06:47

Bogotá DC, 02 de noviembre del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona PROMOVER SAS identificado(a) con NIT número 8090029133:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

PROMOVER S.A.S
Servicio con calidez humana

LOS SUSCRITOS RERPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE Y REVISOR FISCAL TITULADO DE PROMOVER S.A.S.

CERTIFICA QUE:

Se han realizado los procedimientos de revisión de acuerdo a las normas de auditoría generalmente aceptadas, con el objetivo de verificar el pago efectuado por la Entidad de los pagos laborales y todos los aportes al sistema de Seguridad Social, tales como Salud, Pensión, ARP, y los Aportes Parafiscales, del periodo de octubre de 2023 y en consecuencia lo correspondiente a los seis meses anteriores. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la empresa como parte de su gestión. Dichos pagos se vienen realizando vía electrónica, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.

Conforme a lo establecido en el marco jurídico contemplado en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de Diciembre de 2.002, se debe realizar un informe certificando el cumplimiento de las obligaciones antes mencionadas. De acuerdo a lo enunciado anteriormente, se certifica que PROMOVER S.A.S., ha realizado el pago oportuno de los salarios, prestaciones y demás pagos laborales, aportes al sistema de Salud, Pensión, Riesgos Profesionales y Caja de Compensación Familiar del personal vinculado, durante el periodo octubre de 2023.

El pago de los Aportes al sistema de Salud, Pensión, Riesgos Profesionales y Caja de Compensación Familiar y los pagos Laborales se realizan por transferencia electrónica, dentro de los días establecidos para su pago oportuno, todo lo anterior previa causación contable en el mes correspondiente.

La presente certificación se expide a los 03 días del mes de noviembre de 2.023, en la ciudad de Ibagué.

ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
REPRESENTANTE LEGAL

MARTHA LILIANA RUBIO ROMERO
REVISOR FISCAL
TP 31609 – T

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	PROMOVER SAS
IDENTIFICACION:	NI-809002913
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-11-03
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-11-03
FECHA DE PAGO:	2023-11-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO POPULAR
PERIODO PENSION:	2023-10
PERIODO SALUD:	2023-11
NUMERO PLANILLA:	28124191
TOTAL COTIZANTES:	303
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	28124191
TIPO DE PLANILLA:	E

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
CCFC55	901543211	EPS CAJACOPI	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.600	$ 39.600
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 90.000	$ 90.000
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	123	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.862.800	$ 10.862.800
EPS005	800251440	SANITAS	55	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.064.900	$ 4.064.900
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 77.900	$ 77.900
EPS010	800088702	EPS SURA	10	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.030.800	$ 1.030.800
EPS012	890303093	COMFENALCO VALLE EPS	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 186.600	$ 186.600
EPS017	830003564	FAMISANAR	18	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.118.600	$ 1.118.600
EPS018	805001157	SOS-EPS	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 296.600	$ 296.600
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	43	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.510.100	$ 2.510.100
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	24	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.381.500	$ 1.381.500
EPSC34	900298372	EPS-S CAPITAL	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.500	$ 46.500
EPSIC6	809008362	EPS-S PIJAOSALUD	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 297.300	$ 297.300
ESSC18	901021565	EPS-S EMSSANAR	5	$ 0	$ 0	$ 0	$ 247.100	$ 247.100
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.900	$ 109.900
ESSC62	900935126	ESSC ASMET SALUD	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.600	$ 303.600
MIN002	901037916	MIN002 - ADRES	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.500	$ 218.500
Subtotal Salud		17	303	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.882.300	$ 22.882.300
230201	800229739	PROTECCION	30	$ 34.800	$ 34.800	$ 0	$ 8.323.000	$ 8.323.000
230301	800224808	PORVENIR	203	$ 76.100	$ 76.100	$ 0	$ 51.075.500	$ 51.075.500
231001	800227940	COLFONDOS	6	$ 52.200	$ 52.200	$ 0	$ 3.278.000	$ 3.278.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	54	$ 170.000	$ 170.000	$ 0	$ 19.187.500	$ 19.187.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/12/2023

Subtotal Pensión		4	293	$ 333.100	$ 333.100	$ 0	$ 81.864.000	$ 81.864.000
14-23	860011153	POSITIVA	298	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.524.000	$ 12.524.000
Subtotal ARL		1	298	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.524.000	$ 12.524.000
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	22	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.144.700	$ 1.144.700
CCF50	890700148	COMFENALCO-TOLIMA	249	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.777.600	$ 16.777.600
CCF56	890303093	COMFENALCO VALLE	30	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.868.300	$ 1.868.300
Subtotal CCF		3	295	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19.790.600	$ 19.790.600
PASENA	899999034	SENA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 296.000	$ 296.000
PAICBF	899999239	ICBF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 444.000	$ 444.000
			Total a pagar	$ 333.100	$ 333.100	$ 0	$ 137.800.900	$ 137.800.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/12/2023

4X

DIAN

Declaración de renta y complementario para personas jurídicas y asimiladas y personas naturales y asimiladas no residentes y sucesiones ilíquidas de causantes no residentes, o de ingresos y patrimonio para entidades obligadas a declarar

PRIVADA

110

1. Año 2022 — 29. Fracción año gravable siguiente ☐

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 1117601628022

(415)7707212489984(8020) 000111760162802 2

Datos del declarante

5. No. Identificación Tributaria (NIT)	6.DV.	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8090029 13	3				

11. Razón social: PROMOVER SAS

12. Cód. Direcc. Seccional: 9

24. Actividad económica principal: 8621

Corrección — 25. Cód. — 26. No Formulario anterior — 30. Renuncio a pertenecer al Régimen Tributario Especial — 31. Vinculado al pago de obras por impuestos

Datos informativos — 33. Total costos y gastos de nómina: 1,031,278,000 — 34. Aportes al sistema de seguridad social: 129,643,000 — 35. Aportes al SENA, ICBF, cajas de compensación: 43,739,000

Patrimonio

Efectivo y equivalentes al efectivo	36	1,399,991,000
Inversiones e instrumentos financieros derivados	37	28,565,000
Cuentas, documentos y arrendamientos financieros por cobrar	38	11,425,817,000
Inventarios	39	0
Activos intangibles	40	0
Activos biológicos	41	0
Propiedades, planta y equipo, propiedades de inversión y ANCMV	42	3,300,592,000
Otros activos	43	0
Total patrimonio bruto	44	16,154,965,000
Pasivos	45	2,125,966,000
Total patrimonio líquido	46	14,028,999,000

Ingresos

Ingresos brutos de actividades ordinarias	47	15,904,221,000
Ingresos financieros	48	24,882,000
Dividendos y participaciones no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	49	226,211,000
Dividendos y participaciones distribuidos por entidades no residentes en Colombia a una CHC y primas en colocación de acciones.	50	0
Dividendos y participaciones gravadas a la tarifa general, provenientes de sociedades y entidades extranjeras o de sociedades nacionales	51	0
Dividendos y participaciones gravadas recibidas por personas naturales sin residencia fiscal (año 2016 y anteriores)	52	0
Dividendos y participaciones gravadas recibidas por personas naturales sin residencia fiscal (año 2017 y siguientes)	53	0
Dividendos y participaciones gravadas a las tarifas de los artículos 245 o 246 E.T.	54	0
Dividendos y participaciones gravadas a la tarifa general (EP y sociedades extranjeras - Utilidades generadas a partir del año 2017)	55	0
Dividendos y participaciones provenientes de proyectos calificados como mega-inversión gravadas al 27%	56	0
Otros ingresos	57	251,288,000
Total ingresos brutos	58	16,406,602,000
Devoluciones, rebajas y descuentos en ventas	59	278,602,000
Ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	60	226,211,000
Total ingresos netos	61	15,901,789,000

Costos y deducciones

Costos	62	10,487,386,000
Gastos de administración	63	2,861,423,000
Gastos de distribución y ventas	64	0
Gastos financieros	65	94,495,000
Otros gastos y deducciones	66	343,000,000
Total costos y gastos deducibles	67	13,786,304,000

FEPAL (R.T.E.)

Inversiones efectuadas en el año	68	0
Inversiones liquidadas de períodos gravables anteriores	69	0

Renta

Renta por recuperación de deducciones	70	0
Renta pasiva - ECE sin residencia fiscal en Colombia	71	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	72	2,115,485,000
Pérdida líquida del ejercicio	73	0
Compensaciones	74	0
Renta líquida	75	2,115,485,000
Renta presuntiva	76	0

Renta

Renta exenta	77	0
Rentas gravables	78	0
Renta líquida gravable	79	2,115,485,000

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales	80	0
Costos por ganancias ocasionales	81	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	82	0
Ganancias ocasionales gravables	83	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas gravables

Sobre la renta líquida gravable	84	740,420,000
Puntos adicionales a la tarifa del impuesto renta	85	0
De dividendos y participaciones grav. a la tarifa del 10% año 2022 y al 20% año 2023 y siguientes (base casilla 54)	86	0
De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del artículo 240 E.T. (base casilla 55)	87	0
De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del 27% (base casilla 56)	88	0
De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del artículo 240 E.T. (base casilla 55)	89	0
De dividendos y participaciones gravadas a la tarifa del 33% (base casilla 52)	90	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	91	740,420,000
Valor a adicionar (VAA)	92	0
Descuentos tributarios	93	0
Impuesto neto de renta (sin impuesto adicionado)	94	740,420,000
Impuesto a adicionar (IA)	95	0
Impuesto neto de renta (con impuesto adicionado)	96	740,420,000
Impuesto de ganancias ocasionales	97	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	98	0
Total impuesto a cargo	99	740,420,000
Valor inversión obras por impuestos hasta del 50% del valor de la casilla 99 (Modalidad de pago 1)	100	0
Descuento efectivo inversión obras por impuestos (Modalidad de pago 2)	101	0
Crédito fiscal artículo 256-1 E.T.	102	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	103	0
Saldo a favor año gravable anterior sin solicitud de devolución y compensación	104	298,754,000

Retenciones

Autorretenciones	105	128,718,000
Otras retenciones	106	541,601,000
Total retenciones año gravable a declarar	107	670,319,000

Anticipo renta para el año gravable siguiente	108	0
Anticipo Puntos adicionales año gravable anterior	109	0
Anticipo Puntos adicionales año gravable siguiente	110	0
Saldo a pagar por impuesto	111	0
Sanciones	112	0
Total saldo a pagar	113	0
Total saldo a favor	114	228,653,000
Valor impuesto exigible por obras por impuestos Modalidad de pago 1	115	0
Valor impuesto exigible por obras por impuestos Modalidad de pago 2	116	0
Aporte voluntario Art. 244-1 E.T	117	0

981. Cód. Representación ☐☐

Firma del declarante o de quien lo representa

982. Código Contador o Revisor Fiscal ☐

Firma Contador o Revisor Fiscal — 994. Con salvedades ☐

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

2023-04-12 / 12:18:43PM

Fecha Acuse de Recibo

Firmado

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN / Adhesivo

91001002429075

PRECLUSIVO

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES

PERSONA JURIDICA

Código: GA-FR-105	Fecha de elaboración: 05/06/17	Versión: 1	Página 1 de 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD:
	1	11	2023	IBAGUÉ

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

1. INFORMACION GENERAL

RAZON O DENOMINACION SOCIAL	NIT
PROMOVER S.A.S.	809.002.913-3

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
PARDO	VIÑA	ADRIANA MILENA

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

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 65.762.622 DE IBAGUÉ

SEXO: X [ ]

FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICION	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	
29	10	1992	IBAGUÉ	09	08	1974	IBAGUÉ

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
COLOMBIANA	

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
RINCON DEL VERGEL CASA A1	TOLIMA	IBAGUÉ

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO FIJO	CELULAR
adrianampardo@hotmail.com		3175099795

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI [ ] NO [X]
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI [ ] NO [X]
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI [ ] NO [X]

EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE: _____

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

¿Cúal? _____

TIPO DE EMPRESA PUBLICA [ ] PRIVADA [X] MIXTA [ ] SIN ANIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ]

¿Cúal? _____

ACTIVIDAD ECONOMICA: INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] CONSTRUCCION [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] AGRICOLA [ ] TRANSPORTE [ ] CIVIL [ ]

DATOS OFICINA PRINCIPAL		DATOS SUCURSAL O AGENCIA	
DIRECCION	WORLD TRADE CENTER OFICINAS 1006 - 1007	DIRECCION	CRA.4B No. 33 - 08 BARRIO CADIZ
DEPARTAMENTO	TOLIMA	DEPARTAMENTO	TOLIMA
CIUDAD	IBAGUÉ	CIUDAD	IBAGUÉ
CORREO ELECTRONICO	direccioncomercial@promoversas.com.co	CORREO ELECTRONICO	direccionips@promoversas.com.co
TELEFONO	2739402	TELEFONO	2739402

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN). IGUALMENTE IDENTIFICAR EN LAS COLUMNAS 1, 2 Y 3, SI POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS. PARA LA COLUMNA 4 SOLAMENTE DILIGENCIAR SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARACION TRIBUTARIA EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES.

No.	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	1. Administra recursos públicos	2. Ejerce algun grado de poder	3. Goza de Reconocimiento Público	4. obligación Declaración Tributaria Indique País	% PARTICIPACIÓN
1	CC [X] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]	38.246.237	CARMEN SOFIA PARDO R.	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	COLOMBIA	50%
2	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]	28.540.064	PAMELA SOFIA CORTES P.	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	COLOMBIA	50%
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		

CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extrangeria, TI :Tarjeta de Identidad, NIT: Número de Identificación Tributaria

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES

Código: GA-FR-105	Fecha de elaboración: 05/06/17	Versión: 1	Página 2 de 2

2. INFORMACION FINANCIERA

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

EXPORTACIONES [ ] INVERSIONES [ ] ENVIO Y/O RECEPCIONES [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PAGO DE SERVICIOS [ ]

IMPORTACIONES [ ] PRESTAMOS [ ] OTRA? [ ] ¿Cúal? _____

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

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

4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

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

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

6. FIRMA Y HUELLA

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

Adriana M. Rondón V.

93.452.622 DE IBAGUÉ

FIRMA Y CEDULA

HUELLA

7. VERIFICACION DE LA INFORMACION (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICAL DE CUMPLIMIENTO)

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	9:22 a.m
	09	11	2023		

LISTAS CONSULTADAS — **REPORTA RESTRICCIÓN**

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

OBSERVACIÓN: LAS PERSONAS RELACIONADAS EN EL FORMATO Y SUS ANEXOS, NO REPORTAN - RESTRICCION EN LAS LISTAS CONSULTADAS DEL SARLAFT - PADM. ----------

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO
CARLOS EDUARDO HERNANDEZ R.	PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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

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

CERTIFICA:

Que revisada la planta de personal permanente y temporal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E., se determinó que no existe personal de planta con la Especialización necesaria para prestar los Servicios de VACUNACION AL RECIEN NACIDO en el ***Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.***

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

Dado en Ibagué, a los 30 NOV 2023

Victoria Eugenia Avilez Aroca

VICTORIA EUGENIA AVILEZ AROCA
Profesional Especializado Gestión de Talento Humano

CERTIFICADO DE IDONEIDAD					Federico Lleras Acosta
Código: GJ-FR-005	Fecha de elaboración: 17-07-2017	Fecha de actualización:	Versión: 1	Página 1	

LA SUSCRITA COORDINADORA DE LA UNIDAD FUNCIONAL INTERNACION MÉDICA DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

Con el fin de contar con una persona jurídica que preste el servicio de Vacunación al recién nacido, por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa, se procede a realizar el análisis de la experiencia e idoneidad para la celebración del presente contrato con **PROMOVER SAS** con NIT: 809.002.913-3.

De conformidad con la oferta de servicios, hoja de vida, certificaciones, antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales radicados oportunamente y como resultado del análisis y valoración que de los mismos se realizó; **PROMOVER SAS** se encuentra apto para desarrollar la prestación de servicios de salud en Vacunación al recién nacido en forma integral, en los servicios del Hospital, por sus condiciones de idoneidad y experiencia.

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

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

En consecuencia, certifico que **PROMOVER SAS** cumple los requisitos técnicos y especificos esenciales requeridos en los Estudios Previos y resulta conveniente para el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E suscribir un contrato de prestación de Servicios Profesionales para la Vacunación al recién nacido. 30 NOV 2023

Cordialmente,

GEINY LORENA DUARTE ESPINOSA
Coordinadora Unidad Funcional Internación Médica.

52

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

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

RECEPTOR:

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

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha: 1 DE NOVIEMBRE DE 2023 Ciudad: IBAGUÉ

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: ADRIANA MILENA PARDO VIÑA

No. C.C : 65.762.622 DE IBAGUÉ

FIRMA: Adriana M. Pardo V.

54

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

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

Por favor marcar según corresponda:

[ ] Aspirante	[ ] Estudiante	[ ] Pacientes y Acompañantes	[X] Proveedores y Contratistas
[ ] Veedor	[ ] Empleado o Ex empleado		[ ] Otro Cual? _____

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

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

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

DECLARACIÓN:

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

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

Las Políticas de Tratamiento de Datos Personales, se encuentran disponibles en la Página Web del Hospital: www.hfileras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de IBAGUÉ a los (1) Veintiocho días del mes de NOVIEMBRE del Año 2023.

Firma: Adriana M. Pardo V.

Nombre: ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
C.C No: 65.762.622 **de:** IBAGUÉ

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

Fecha de Autorización:_____
Nombre del menor de edad:_____
Documento de Identidad:_____Tipo: NUIT____ TI:____Otro_____
Direccion de Correspondencia:_____
Ciudad:_____Telefonos Fijos:_____
Celular:_____E-mail:_____
Nombre del acudiente responsable del paciente menor :_____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor :_____Parentesco_____

56

FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES					
CODIGO: GA-FR-168	FECHA DE ELABORACIÓN: 16/03/2021	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: No aplica	VERSIÓN: 1	PÁGINA: 1 DE 1	Fecanta Dedos Feliz

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Anual___

Al momento de la vinculación___

Yo ADRIANA MILENA PARDO VIÑA identificado(a) con cédula de ciudadanía N.° 65.762.622 de IBAGUÉ, vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

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

en el cargo específico o contrato:_____ en la siguiente dependencia o área de trabajo:_____

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

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

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

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

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

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

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

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

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

Otro interés particular

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

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:
Firma del (la) declarante: ADRIANA M. PARDO V.
Cédula de ciudadanía N.° 65.762.622 de IBAGUÉ
Fecha: 1 DE NOVIEMBRE DE 2023

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.
Nombre de quien recibe: _____
Firma: _____
Cédula de ciudadanía N.° _____de_____
Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011.

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

5X

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	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gomez	Tapiero	Sandra milena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 65630190

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 08 MES 08 AÑO 1984

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ortega

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Mz 5 cs 1 Terrazas del Tejar

PAÍS Colombia DEPTO Tolima

MUNICIPIO Ibagué

TELÉFONO 3104931270 EMAIL sandramgomez1@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11	MES 11 AÑO 2003

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		Formacion de tecnicos en cuidado de enfermeria	02	2009	73.534130349

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

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

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Promova SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Ibague	diegolasprilla@promovasas.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3144355833	DÍA 01 MES 07 AÑO 2022	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar enfermería	Vacunación	Cra 43 #33-08 Condo

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Corporación el hospital IPS		Y	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Ibagué	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3229100149	DÍA 19 MES 11 AÑO 2021	DÍA 28 MES 02 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

59

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
SERVIDOR PÚBLICO	-	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	-
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	-	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	-

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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Noviembre 24. 2023

Sandra milena Gomez Tapiero

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

60

Hoja de vida

Gobernación del Tolima
Secretaría de Salud del Tolima
Universidad del Tolima
Facultad Ciencias de la Salud
Centro de Educación Permanente y
Dirección General de Salud

Otorga el Certificado de Aptitud Ocupacional
Como Auxiliar de Enfermería

a

Sandra Milena Gómez Tapiero

Con el fin de dar cumplimiento a los requisitos establecidos en el Decreto
Reglamentario 2353 de 1.970 para el ejercicio de la profesión.

Secretaria de Salud

Coordinadora
Centro de Educación Permanente
Facultad Ciencias de la Salud

Bogotá, 11 de Febrero de 2011

Certificado No. 3587

Hoja de vida

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

GOBERNACION DEL TOLIMA – SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
CENTRO DE EDUCACION PERMANENTE Y PROYECCION SOCIAL EN SALUD DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Resolucion No.00931 de 1.956 del Ministerio de Salud
Resolucion No.0818 de 1.987 de la Secretaria de Educación y Cultura del Tolima

ACTA DE CERTIFICACION No.095

En la ciudad de Ibagué siendo las 04.00 horas del 13 de Febrero de 2.009, se llevó a cabo la ceremonia de certificación del curso de **Formación de Técnicos en Auxiliar de Enfermería**, en acto presidido por el doctor HECTOR RAUL AGUIAR CASTILLA, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima y la Licenciada en Ciencias de la Enfermería BETTY SANCHEZ DE PARADA, Coordinadora del Centro de Educacion Permanente y Proyeccion Social en Salud, previa toma del juramento reglamentario, se confiere la certificación como **Técnico en Auxiliar de Enfermería** a :

SANDRA MILENA GOMEZ TAPIERO
C.C. 65.630.190 de Ibagué
Certificado Numero 0597

Quien alcanzó los objetivos del programa de Formación de Técnico en Auxiliar de Enfermería, establecidos por el Ministerio de Salud y el Centro de Educación Permanente y Proyección Social en Salud, Institución aprobada con Licencia de labores 00818 del 21 de Septiembre de 1.987 de la Secretaria de Educación del Tolima y la licencia de Aprobación 00931 del 23 de Enero de 1.956 del Ministerio de Salud

Es copia tomada del libro de actas generales, acta No 095 del 13 de Febrero de Dos Mil Nueve (2 009)

Dada en Ibagué el trece (13) de Febrero de dos mil nueve (2 009)

BETTY SANCHEZ DE PARADA
COORDINADORA

CERTIFICADO M. Vargas ®

Barrio Santa Elena
Ibagué Tolima Colombia

PROMOVER S.A.S.

Promoción y Prevención

¡su mejor Inversión!

LA SUSCRITA DIRECTORA DE TALENTO HUMANO DE PROMOVER SAS. NIT 809.002.913-3

HACE CONSTAR:

Que la señora **SANDRA MILENA GOMEZ TAPIERO,** identificada con cédula de ciudadanía número 65630190, labora para la empresa desde el 01 (primero) de Julio de 2022 y actualmente, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE VACUANCION,** vinculada por medio de un contrato laboral a término fijo a un año..

Se expide esta certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Ibagué a los 24 (veinticuatro) días del mes de noviembre del año 2023.

Para verificación de datos del presente documento comunicarse con la Dirección de Talento Humano al teléfono (8) 2739402 ext. 114, teléfono celular 317 4355833 en la ciudad de Ibagué. En el horario de 8:00 AM a 12:00 M y de 2:00 PM a 6:00 PM de Lunes a Viernes.

KENLY JOHANNA GONZALEZ
Directora de Talento Humano

Hoja de vida

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2009-03-12	534	GOBERNACION DEL TOLIMA

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).



IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

SANDRA MILENA GÓMEZ TAPIERO

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 65630190

Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

Marli Esquivel Zambrano
GERENTE

JMAVS

Marli Esquivel Zambrano
REPRESENTANTE LEGAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
Cesar SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
VIGILANCIA, INSPECCION Y CONTROL

64

Nombre:
SANDRA MILENA GOMEZ TAPIERO
Cedula:
65639190
Ocupación:
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Resolución No.
73 534-1 4-03 09



Hoja de vida

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACÍON S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

SANDRA MILENA GOMEZ TAPIERO

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 65630190

Asistió al Curso de:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SEVILLA EL 20 DIAS DEL MES DE JUNIO DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACION DE LA MISMA

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACÍON S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

SANDRA MILENA GOMEZ TAPIERO

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 65630190

Asistió al Curso de:

HUMANIZACION DE SERVICIOS EN SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SEVILLA EL 20 DIAS DEL MES DE JUNIO DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE

IMAVS&EDU

Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACION DE LA MISMA

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SANDRA MILENA GOMEZ TAPIERO

Con Cedula de Ciudadania No. 65630190

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Ibagué, a los diecinueve (19) días del mes de junio de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SUBDIRECTOR
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL TOLIMA

60544588 - 19/06/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9310001897778CC65630190C.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

65630190

Primer Nombre

SANDRA

Primer Apellido

GOMEZ

Confirme los números de la Imagen *

6649

Cambiar

7976

Limpiar

Resultado General -2023-11-28→12:24:14 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	65630190	SANDRA	MILENA	GOMEZ	TAPIERO	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) SANDRA MILENA GOMEZ TAPIERO identificado(a) con CC 65630190 registra La siguiente información:

2023-11-28→12:24:14 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

			Administrativo			
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2009-03-12	534	GOBERNACION DEL TOLIMA	

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).

[illegible]

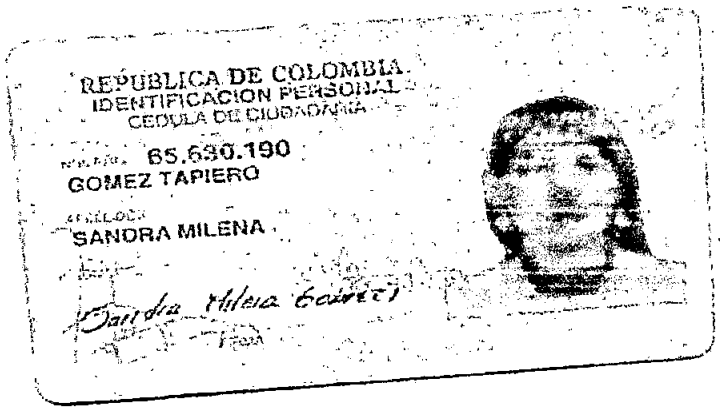
[illegible]
[illegible], Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

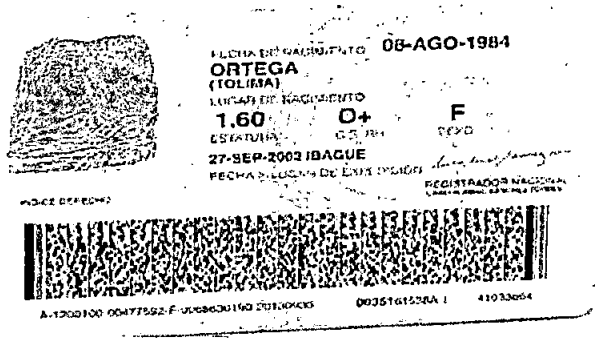
[illegible]
[illegible]

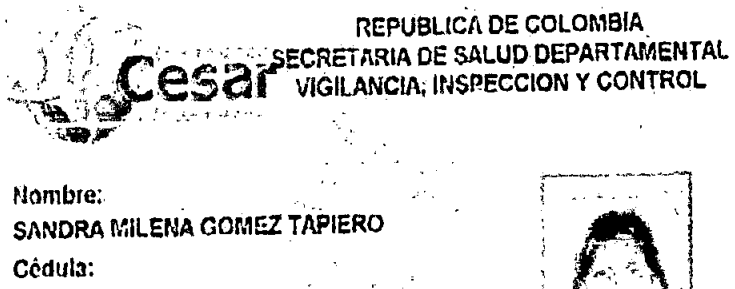
[illegible]

Teléfono:
conmutador:
[illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]

Hoja de vida


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 65.630.190
GOMEZ TAPIERO
APELLIDOS
SANDRA MILENA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1984
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
27-SEP-2002 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
VIGILANCIA, INSPECCION Y CONTROL

Nombre:
SANDRA MILENA GOMEZ TAPIERO
Cédula:
65630190
Ocupación:
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Resolución No.
73-534-13-03-09



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 21 de noviembre de 2023, a las 17:05:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	65630190
Código de Verificación	656301902311211705 26

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 235399565

PIB
17:05:45

Bogotá DC, 21 de noviembre 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) SANDRA MILENA GOMEZ TAPIERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65630190:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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



PROMOVER SAS
Nit: 809002913-3
Cód Prestador: 730010085801
Dirección ATENCIÓN AL USUARIO CRA 4B 33 08 CADIZ / SEDE ADMON CRA 9 57 15 WTC 1006 1007
Teléfonos: 2739402 ext 123 103 3187129200
IBAGUE

SIIPS Web 5.0.0

ef1758c8f226bf19f07d32320888f732

Historia Clínica Traslado **Paciente: CC 93477476** **JOSE LEONARDO BOTACHE BOTACHE**

Admisión:	13-217325				
Entidad:	PIJAOS SALUD EPS INDIGENA AMBULANCIA				
Fecha de Nacimiento:	1979-11-06	Edad:	43 Años 9 Meses 25 Dias	Sexo:	Masculino
Dirección:	-cra 4 b 13-25			Teléfono:	3205803451
Ocupación:				Estado Civil:	Soltero
Educación:	NINGUNO			Población:	NO APLICA

Fecha y Hora Apertura Historia Clínica: 2023-08-31 a las 08:43:00

(890301) CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL

Causa Externa: (13) Enfermedad general Finalidad PYP: (10) No aplica

Datos del Traslado

Tipo	Medicalizada	Ruta	Intermunicipal	Esquema	Sencillo
Origen	HOSPITAL SAN RAFAEL			Fecha-Hora	2023-08-31 - 06:00:00
Destino	CLINICA TOLIMA			Fecha-Hora	2023-08-31 - 09:30:00

Motivo de Traslado dolor en opecho

Enfermedad Actual paciente 43 años de edad con diagnostico neumonia infarto miocardio tratadA EN HOSPITAL SAN RAFAEL ESPINAL REMITIDO A CLINICA TOLIMA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS Y PARA HEMODINAMIA CATETERISMO CARDIACO

Antecedentes

Ant. Personales: No refiere

Ant. Familiares: HTA: No Refiere - Diabetes: No Refiere

Ant Quirúrgicos: No refiere

Ant. ToxicoAlérgicos: No Refiere

Signos Vitales: Tensión Arterial: 143/85 Frecuencia Respiratoria: 24/min Frecuencia Cardiaca: 77/min Temperatura: 36 C Peso: 76 Kg Talla: 164 cm IMC: 28.26 Oximetría: 94 %

Glasgow:	Apertura ocular:	4	Respuesta motora:	6
	Respuesta Verbal:	5	Valoración:	0

Exámen Físico: PACIENTE EN EL MOMENTO BUEN ESTAO GENERAL
M8UCOSAS HUMEDAS CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS
TORAX SIMETRICOS RRUIDOS CARDIACOS RITMICOS PULMONES CLAROS VENTILADOS
ABDOMEN BLANDO NO MASAS
GENITALES NORMALES
EXTREMIDADES SIMETRICAS NO EDEMAS

Asistencia del Traslado:

Resúmen del caso: PACIENTE CON NEUMONIA INFARTO MIOCARDIO TRATADO CON ANTIBIOTICOS EN HOSPITAL SAN RAFAEL ESPINAL REMITIDO A CLINICA TOLIMA PARA LA UCI Y HEMODINAMIA CATETERISMO CARDIACO

Evolución en Traslado: DURANTE TRASLADO PACIENTE ESTABLE TRASLADADO EN AMBULANCIA MEDICALIZADA AUXILIAR VICTOR MENDEZ CONDUCTOR LUIS CASAS MEDICO JORGE ARROYO SE LLEGA A LA CLINICA TOLIMA SE ADMISONA SE TRASLADA A LA COMA 611 DE LA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS SE LE COMENTA A MEDICO TURNO SE LE ENTRAGA HISTORIA CLINICA PARACLINICOS EKG QUEDA PACIENTE EN LA UNIDAD SIN COMPLICACIONES DURANTE TRASLADO

Procedimiento: TRASLADO MEDICALIZADO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:05:02 PM horas del 21/11/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **65630190**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ TAPIERO SANDRA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/11/2023 04:57:46 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **65630190** .

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. **78647055** . 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

12

24 NOV 2023

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

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Sandra milena gomez lopez. identificado (a) con C.C 65630190 expedida en Ibague, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;

Sandra milena gomez lopez

C.C 65630190

FECHA EXPEDICION C.C: 27-09-2002

53

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 16:53:08 horas del 24/11/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **65630190,** Apellidos y Nombres **GOMEZ TAPIERO SANDRA MILENA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **promover sas** , con NIT **809002913-3** 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

19

Hoja de vida

U// U

TETANO	
TRIPLE VIRAL	
DPT	
SARAMPION Y RUBEOLA	

Tetano

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma

PROMOVER S.A.S.
AREA DE VACUNACION
2739402 - 315 712 7622

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma

Dosis	Fecha de vacunación	Lote	Firma

-15

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Sordia Milena
Apellidos: Gómez Topiero
Documento de identidad: CC X | Pasaporte | TP | otro | cual
No 65630190
Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 08 Año 1984

Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	Procedencia	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
1	04/03/21	Pfizer	EN1495	Panamá	Ana Correa.	1111200100
2	30/03/21	Pfizer	EN1342	Bioneuron Ons	Daniela León	1116253675
	04-12-7	MODERNA	ASHZIA	HOSPITAL SEDE IBAGUE	Cargo:	C.C. 5.819.990 Ibagué Auxiliar de Enfermería

Powered by CamScanner

16

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

Fecha: Noviembre 27 2023

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Sandra milena Gomez Tapiero

Documento de Identidad: 65630190 de: Tocaqué

Fecha Nacimiento: 9 Agosto 1984 Edad: 40 Sexo: F

Celular: 3104931270

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

Sandra milena Gomez Lopez

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

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

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

RECEPTOR:

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

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha: Noviembe 24-2023 Ciudad: Ibagué

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Sarita milena Gómez Tapiero

No. C.C : 65630190

FIRMA: Sarita milena Gómez Tapiero.

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

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

Por favor marcar según corresponda:

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

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

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

Objeto social de Hospital ... conforme a sus estatutos
... ordenamiento ... fiscal, tributaria y mercantil.
Suministrar información comercial y financiera ...

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

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

DECLARACIÓN:

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

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

Las Políticas de Tratamiento de Datos Personales, se encuentran disponibles en la Página Web del Hospital: www.hfileras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibague a los ( ) 24 días del mes de noviembre del Año 2023.

Firma: Sandra milena gomez tapiero
Nombre: Sandra milena gomez tapiero
C.C No: 65630190 **de:** Ibague

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

Fecha de Autorización:_____
Nombre del menor de edad:_____
Documento de Identidad:_____ Tipo: NUIT____ TI:____ Otro_____
Direccion de Correspondencia:_____
Ciudad:_____ Telefonos Fijos:_____
Celular:_____ E-mail:_____
Nombre del acudiente responsable del paciente menor :_____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor :_____ Parentesco_____

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
	ETAPA PREPARATORIA					
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA					CONTRATISTA
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 7 CON VoBo					SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
	ETAPA PRECONTRACTUAL					
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II					CONTRATISTA
5	PROPUESTA					CONTRATISTA
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)					SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP DEL REPRESENTANTE LEGAL					CONTRATISTA
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA					CONTRATISTA
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%					CONTRATISTA
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					CONTRATISTA
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					CONTRATISTA
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					CONTRATISTA
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)					CONTRATISTA
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					CONTRATISTA
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)					CONTRATISTA
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					CONTRATISTA
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)					CONTRATISTA
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)					CONTRATISTA
19	DECLARACIÓN DE RENTA PERSONA JURÍDICA					CONTRATISTA
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURÍDICA (revisado previamente por el área encargada)					CONTRATISTA/ SUPERVISOR
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)					SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)					SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)					CONTRATISTA
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)					CONTRATISTA
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)					CONTRATISTA
26	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
26.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	83-87	✓			CONTRATISTA
26.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	88	✓			CONTRATISTA
26.3	SOPORTE VITAL AVANZADO	89	✓			CONTRATISTA
26.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				✓	CONTRATISTA
26.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				✓	CONTRATISTA
26.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				✓	CONTRATISTA
26.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	90	✓		✓	CONTRATISTA
26.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)				✓	CONTRATISTA
26.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-politica de humanización en conjunto con el programa de humanización)	91	✓			CONTRATISTA
26.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)				✓	CONTRATISTA
26.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	92	✓			CONTRATISTA
26.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA				✓	CONTRATISTA

✓81-82

26.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	93	✓			CONTRATISTA
26,14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)	94	✓			CONTRATISTA
26,15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	95	✓			CONTRATISTA
26,16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	96	✓			CONTRATISTA
26,17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	97	✓			CONTRATISTA
26,18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	98	✓			CONTRATISTA
26,19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)	99	✓			CONTRATISTA
26,2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)				✓	CONTRATISTA
26,21	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)	100	✓			CONTRATISTA
26,22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	101-102	✓			CONTRATISTA
26,23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)	103	✓			CONTRATISTA
26,24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	104	✓			CONTRATISTA
26,25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	105-106	✓			CONTRATISTA
26,26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	107-108	✓			CONTRATISTA
26,27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL	109	✓			SUPERVISOR
	ETAPA CONTRACTUAL					
27	CONTRATO					JURIDICA
28	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
29	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					CONTRATISTA
30	RECIBO PAGO PÓLIZAS					CONTRATISTA
31	ESTAMPILLAS (Si aplica)					CONTRATISTA
32	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					JURIDICA
33	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
34	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
	TOTAL FOLIOS					

ENTREGA

_____

RECIBE

_____

REVISA

_____

NOTA:

1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.

2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL

3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

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	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Alvarez		Rosa Milena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 38144917 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: ____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 25 MES 04 AÑO 1981

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibagué

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 19 #16-50 La Pola

PAÍS: Colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ibagué

TELÉFONO: 3003419299 EMAIL: roxmiloadum@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIA			FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1998
										X	

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		Auxiliar de Enfermería	07	2016	2359

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

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

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: Promover SAS | PÚBLICA: | PRIVADA: X | PAÍS: Colombia

DEPARTAMENTO: Tolima | MUNICIPIO: Ibagué | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: direccionatalentohumano@prom...

TELÉFONOS: 2739402 | FECHA DE INGRESO: DÍA 21 MES 05 AÑO 2021 | FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL: Auxiliar de Vacunación | DEPENDENCIA: Vacunación | DIRECCIÓN: cra 6B #33-08 Cádiz

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: ASAD | PÚBLICA: | PRIVADA: X | PAÍS: Colombia

DEPARTAMENTO: Tolima | MUNICIPIO: Ibagué | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: [illegible]

TELÉFONOS: 3153364020 | FECHA DE INGRESO: DÍA 15 MES 02 AÑO 2021 | FECHA DE RETIRO: DÍA 25 MES 05 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO: Aux de Enfermería | DEPENDENCIA: Domiciliaria | DIRECCIÓN: Cra 4B #36-31 Cádiz

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: Cooperativa Coovethem | PÚBLICA: | PRIVADA: X | PAÍS: Colombia

DEPARTAMENTO: Tolima | MUNICIPIO: Ibagué | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: coovethem@hotmail.com

TELÉFONOS: 5150049 | FECHA DE INGRESO: DÍA 03 MES 06 AÑO 2016 | FECHA DE RETIRO: DÍA 15 MES 06 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO: Auxiliar de Enfermería | DEPENDENCIA: Domiciliaria | DIRECCIÓN:

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: | PÚBLICA: | PRIVADA: | PAÍS:

DEPARTAMENTO: | MUNICIPIO: | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:

TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO | FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO: | DEPENDENCIA: | DIRECCIÓN:

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

02

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
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	5

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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Ibagué, 15/nov/2023

Rosa Milena Alvarez.

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia
Secretaría de Educación de Ibagué – Tolima
El Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Escuela de Salud
"San Pedro Clavier"

Con autorización oficial según Resolución No. 71000173 del 7 de Abril de 2.010 emanada de la Secretaría de Educación del Municipio de Ibagué – Tolima y Acuerdo No. 048 del 5 de Diciembre de 2.002 del Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico Laboral por Competencias en:

Auxiliar en Enfermería

A:

Rosa Milena Alvarez

Identificado (a) con la C. C. No. 58.142.917 De Ibagué

Por haber cursado y aprobado el programa Auxiliar en Enfermería con una intensidad total de 1800 horas.

Dada en Ibagué, Tolima, a los 16 días del mes de Julio de 2016

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"
RECTORIA

Rector (a)

Secretaria (a)

Anotado al libro de Registro No. 2 Folio 063

63

84

Escuela de Salud
"San Pedro Clavel"

FOLIO 167
Inscripción S.E.D. ...
Inscripción M.E.N. ...
Inscripción M.C.N. ...

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Ibagué - Tolima a los DIECISEIS (16) DIAS DEL MES DE JULIO DE 2016 se reunieron, con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos de **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"**, Institución aprobada por el **MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL** según Acuerdo Ejecutivo No. 046 del 5 de diciembre del año 2008. **LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO** segun Resolucion No. 710000475 del 7 de Abril del año 2010. **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPIO DE IBAGUÉ**, autorizado para otorgar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS No** 343

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS DE AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, se procedió a otorgar el CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, al egresado cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. o T.I	LUGAR DE EXPEDICION
ROSA MILENA ALVAREZ	38.944.917	IBAGUE

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 16 de fecha JUL. 16 DE 2016 que comienza con el nombre de KAROL STEFANY ACEVEDO MENDEZ y se cierra con el nombre de CAMILA ANDREA VILLANUEVA BARBOSA

Firmado y sellado por LUIS ALBERTO ROBINSON QUIROZ (Rector) y ABOG. ROCIO LOPEZ ROBAYO (Secretaria) ACALE S.A.S.

Dada en Ibagué - Tolima a los DIECISEIS (16) DIAS DEL MES JULIO DE 2016

Escuela de Salud "SAN PEDRO CLAVER" RECTORIA

El Rector

La Secretaria

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ROSA MILENA ALVAREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 38144917

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Ibagué. a los tres (3) dias del mes de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
Subdirector
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL TOLIMA

78429784 - 03/09/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9310002:89079CC38144917C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ROSA MILENA ALVAREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 38144917

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Ibagué, a los tres (3) días del mes de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
Subdirector
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL TOLIMA

75168078 - 03/05/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 93100022990555CC38144917C.

LA FUNDACION MUNDO VITAL

INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE FEBRERO DE 2008 N° 80012630 Y NIT: 900202654-9

HACE CONSTAR QUE:

ROSA MILENA ALVAREZ.

C.C. No. 38144917.

Asistió y Participo del Seminario de Actualización - Taller en:

TOMA de PRUEBA RAPIDA para DETECTAR. VIH – SIDA y SIFILIS.

Con una intensidad de 40 Horas Teóricas y Practicas.

Dado en Ibagué – Tol, a los 03 días del Mes de. Marzo del 2023.

Manuel E. Pérez B.
Enfermero Esp. en Reh. U de A.
Rethus No. 11309817

Manuel Eduardo Perez Barragan
Rethus: 11309817
Enfermero Esp. en Rehabilitación. Capacitador.
Presidente: Fundación - MUVI - NIT: 900202654-9.
Movil: 3114537975.

Enfermera Profesional -Especialista.
Jeanette Lozano Rivera.
Rethus: 38253395.
R.P. S.S.T. No. 73762.
Capacitador.

EDUCACIÓN INFORMAL Según Capitulo V Decreto 4904 Numeral 5.8. M.E.N En atención al Decreto / Ley 2150 Artículo 47 de 1995

Enfermero Esp.
Presidente "MUVI"

PROMOVER

K1023-326

LA SUSCRITA DIRECTORA DE TALENTO HUMANO DE PROMOVER SAS. NIT 809.002.913-3

HACE CONSTAR:

Que la señora **ROSA MILENA ALVAREZ,** identificada con cédula de ciudadanía número 38144917, labora para la empresa desde el 26 (veintiséis) de mayo de 2021 y actualmente, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE VACUANCION,** vinculada por medio de un contrato laboral a término fijo a un año..

Se expide esta certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Ibagué a los 03 (tres) días del mes de noviembre del año 2023.

Para verificación de datos del presente documento comunicarse con la Dirección de Talento Humano al teléfono (8) 2739402 ext. 114, teléfono celular 317 4355833 en la ciudad de Ibagué. En el horario de 8:00 AM a 12:00 M y de 2:00 PM a 6:00 PM de Lunes a Viernes.

KENLY JOHANNA GONZALEZ
Directora de Talento Humano

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Rosa Milena Alvarez

CC 38144917 de Ibagué

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS) con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-05-25
Fecha de vencimiento: 2025-05-25

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa...
Desarrollo Human...
Docente Especial...

90

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

Soluciones que transforman

RESOLUCION N° 2359 DE

"Por la cual se Registra un título y se concede autorización para ejercer como"
AUXILIAR EN ENFERMERIA

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
En uso de la facultad concedida por los Decretos N° 1675 de Agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que ROSA MILENA ALVAREZ , identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N° 38144917, ha solicitado el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA según diploma N° 003 de fecha 2016-07-16 otorgado por ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER y acta de grado N° 36.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere registro de la Secretaría de Educación de conformidad con la directriz trazada en la circular N° 030 del 11 de mayo de 1994.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA a ROSA MILENA ALVAREZ identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N° 38144917, título otorgado por ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER , según acta de grado N° 36 de 2016-07-16.

ARTICULO SEGUNDO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento del Tolima.

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR a ROSA MILENA ALVAREZ , el contenido de la presente resolución, en los términos del artículo 67 y s.s del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO CUARTO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante el Secretario de Salud del Tolima y el de apelación ante el Gobernador del Tolima dentro de los 10 días siguientes a la fecha de notificación.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE 31 AGO 2017

SANDRA LILIANA TORRES DIAZ
Secretaria De Salud Del Tolima

Elaboró: Liliana C. - Revisó: Ana Jaqueline Gaviria Martínez - Directora de Oficina - V.o B.o Dra. Diana Cristina Ortiz

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

Certifica

Rosa Milena Alvarez

c.c. 38144917 de Ibagué

Realizó y aprobó el curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2021-05-14
Fecha de vencimiento: 2023-05-14

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educa
Desarrollo Humano
Docente Especial

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

92

Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

Cambiar
5492

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-11-14→5:08:16 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificacion:	Detalles
CC	38144917	ROSA	MILENA	ALVAREZ		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) ROSA MILENA ALVAREZ identificado(a) con CC 38144917 registra La siguiente información:

2023-11-14→5:08:16 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtencion Titulo	Profesion u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2017-08-31	2359	GOBERNACION DEL TOLIMA

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).

93

TEV

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.144.917
ALVAREZ

APELLIDOS
ROSA MILENA

NOMBRES
Rosa Milena Alvarez

FIRMA





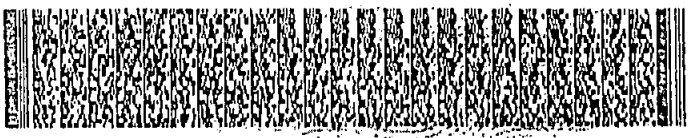
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1981
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-JUN-1999 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2900100-00548634-F-0038144917-20140222 0037313685A 1 6382764841

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

94

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 viernes 03 de noviembre de 2023, a las 07:36:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	38144917
Código de Verificación	38144917231103073603

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 234342306

PIB
07:31:47
Hoja 1 de 01

95

Bogotá DC, 03 de noviembre 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) ROSA MILENA ALVAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 38144917:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:37:57 AM horas del 03/11/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **38144917**

Apellidos y Nombres: **ALVAREZ ROSA MILENA**

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.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.c

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, 03/11/2023 07:45:14 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **38144917 .**

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. **77196179** . 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

98

03 NOV 2023

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

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Rosa milena Alvarez identificado (a) con C.C 38144917 expedida en Ibague, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;

Rosa milena Alvarez

C.C 38144917

FECHA EXPEDICION C.C: 11-06-1999

99

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 07:40:43 horas del 03/11/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **38144917,** Apellidos y Nombres **ALVAREZ ROSA MILENA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **promover,** con NIT **809002913-3** 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

100

Vacuna	Esquema	Dosis
HEPATITIS B	0 - 1 - 6 MESES	3
HEPATITIS A	0 Y 6 MESES	2
INFLUENZA	1	ANUAL
VARICELA	1	ÚNICA
FIEBRE AMARILLA	1 - 10 AÑOS	CADA 10 AÑOS
TÉTANO	0 - 1 - 6 AÑOS Y AL AÑO	5
NEUMOCOCO	0 Y 5 AÑOS ÚNICA	2 1
TRIPLE VIRAL	ÚNICA	1
DPT	ÚNICA	1
SARAMPIÓN Y RUBEOLA	ÚNICA	1

PROMOVER S.A.S.

Precisión y Prevención

Dirección: Cra. 4B # 33-08 Barrio: Cádiz, Ibagué - Tolima
Contacto Celular: 3157127022

Certificado de Vacunación

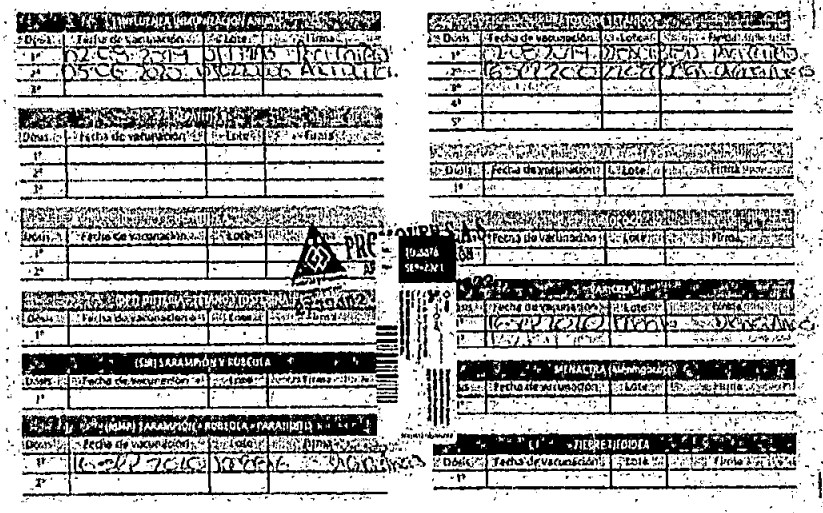
NOMBRES: ROSA MILENA

APELLIDOS: ALVAREZ

DOCUMENTOS: 38144917

FECHA DE NACIMIENTO: 25-ABR-81

Tetano



Resultado General -2021-05-16--12:54:31 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	38144917	ROSA	MILENA	ALVAREZ		Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ROSA MILENA ALVAREZ identificado(a) con CC 38144917 registra la siguiente información:

2021-05-16--12:54:31 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2017-08-31	2359	GOBERNACION DEL TOLIMA

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).

La salud
es de todos

Ministerio de Salud

Vacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Rosa Milero

Apellidos: Alvarez

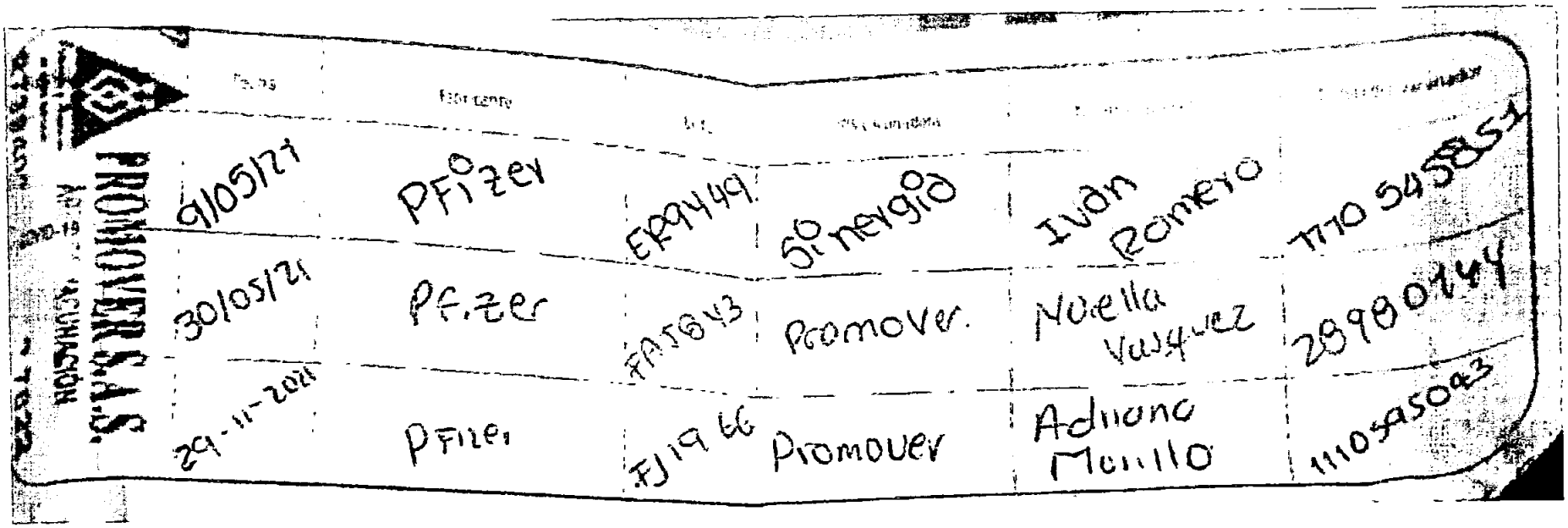
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP DIP cual:

No. 38144917

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 04 Año 1987

[redacted]

10



PROMOVER S.A.S.

9/05/21	Pfizer	EP9449	Sinergia	Ivan Romero	1110545851
30/05/21	Pfizer	FA5643	Promover	Noella Vasquez	29980144
29-11-2021	Pfizer	FJ1966	Promover	Adriana Murillo	1110950243

ANALICEMOS
Laboratorio Clínico Especializado

LABORATORIO CLÍNICO

Nit: 901.087.458-1

77002856

Orden No	: 77002856	Autorización	: 202210.14
Paciente	: ROSA MILENA ALVAREZ	No. Contrato	:
Documento	: 38144917	Tipo de Contrato	: SUBSIDIADO
Edad/Sexo	: 41 / F F. Nacimiento : 25/04/1981	Fecha Ingreso	: 2022-10-14 16:59:35
Convenio	: PROMOVER S.A.S	Fecha de Impresión	: 2022-10-15 10:19:00
Médico	: MEDICOS VARIOS	Factura No.	:

ANALISIS	RESULTAD	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
ESPECIALES			
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	>1000	mUI/mL	

Técnica: Electroquimioluminiscencia.
Negativo: Menor de 10 mUI/mL.
Positivo: Mayor de 10 mUI/mL.
Valores mayores de 10 mUI/mL indican protección.
Observaciones:

MARIA CAROLINA VALDERRAMA
BACTERIÓLOGA
73-1211
Validación: 15/10/2022 10:15:08 a

104

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA

Código: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión:1	Página 1 de 1

Fecha: Noviembre 27 2023

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Rosa Milena Alvarez.

Documento de Identidad: 39144917 de: Ibagué

Fecha Nacimiento: 25-04-1981 Edad: 42 Sexo: F

Celular: 3003419299

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

Rosa Milena Alvarez.

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

105.

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

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

RECEPTOR: Rosa milena Alvarez

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

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha: 03 Noviembre 2023 Ciudad: Ibagué

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Rosa milena Alvarez.

No. C.C : 38 144 917.

FIRMA: Rosa milena Alvarez.

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

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

Por favor marcar según corresponda:

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

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

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

108

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

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

DECLARACIÓN:

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

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

Las Políticas de Tratamiento de Datos Personales, se encuentran disponibles en la Página Web del Hospital: www.hfileras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibague a los (3) tres días del mes de noviembre del Año 2023.

Firma: Rosa milena Alvarez.
Nombre: Rosa milena Alvarez.
C.C No: 38144917 de: Ibague.

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

Fecha de Autorización:_____
Nombre del menor de edad:_____
Documento de Identidad:_____ Tipo: NUIT____ TI:____ Otro_____
Direccion de Correspondencia:_____
Ciudad:_____ Telefonos Fijos:_____
Celular:_____ E-mail:_____
Nombre del acudiente responsable del paciente menor :_____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor :_____ Parentesco_____

Fecha: Ibagué,

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Número del Contrato: 2023-

Nit: 809.002.913-3

Contratista: PROMOVER SAS

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.9.9.01

Nombre Rubro Presupuestal: Otros Servicios Sanitarios N.C.P

Certificado de Disponibilidad Presupuestal a afectar:

Valor: $ 6.000.000

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

Prestar el servicio de vacunación al recién nacido para el desarrollo del proceso en los servicios asistenciales en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E., por Dos (2) meses a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

GEINY LORENA DUARTE ESPINOSA
Coordinadora Unidad Funcional Internación Médica

Autorización Ordenador del Gasto:

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

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud
Día ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ am ___ pm___

Diligenció	
Nombre: *Rocio Diaz C*	Firma:
Fecha:	

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO