FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Largo	Henao	Kelly Dahiana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1097039768	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 17 MES 01 AÑO 1997	cacique MZ5 casa 2 casa cacique			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	QUINDÍO
DEPTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO	QUIMBAYA		
MUNICIPIO	ALCALÁ	TELÉFONO		EMAIL	kellylargo85@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	08	AÑO	2019

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	07	2021	1097039768
PREGRADO	4	X			10	2015	76-808/2015

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
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 O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD TOMEDENT			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3103919148	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ENFERMERAA PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 44 - 37B NORTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE QUINDIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO QUINDÍO	*MUNICIPIO* ARMENIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3167715359	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*	08	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES						*DIRECCIÓN* CALLE 20 - 13 22					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	4

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 Armenia-Quindio 02-08-23

Kelly Dahiana largo Henao.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-08-02 19:09

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KELLY	DAHIANA	LARGO	HENAO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1097039768

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	ALCALÁ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	QUINDÍO	Municipio	ARMENIA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL MENTAL FILANDIA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	QUINDÍO	Municipio	FILANDIA

Dirección	["Calle 8 No. 7-55"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$25.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	$22.000.000,00
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$47.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$150.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1997

ALCALA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 B+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-ENE-2015 QUIMBAYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2608000-00677706-F-1097039768-20150312 0043558655A 1 39394741



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.097.039.768

LARGO HENAO
APELLIDOS

KELLY DAHIANA
NOMBRES

Kelly Dahiana largo
FIRMA

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos — Minsalud

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



KELLY DAHIANA LARGO HENAO

C.C. 1.097.039.768

Corp Univ. Emp. Alexander Von Humboldt

Armenia

Fecha de Expedición Diploma: 29/07/2021

Fecha de Inscripción en Rethus: 17/08/2021

Scanned with CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743632470

(415)7707212489984(8020) 000001474363247 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 7 0 3 9 7 6 8	0	Impuestos y Aduanas de Armenia 1	

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	1 0 9 7 0 3 9 7 6 8	2 0 1 5 0 1 2 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Quimbaya 5 9 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LARGO	HENAO	KELLY	DAHIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Quimbaya 5 9 4

41. Dirección principal: CR CUARTA N 12 C 65

42. Correo electrónico: kellylargo85@hotmail.com

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

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 2	2 0 1 6 1 1 1 5	8 2 9 9	2 0 1 8 0 3 0 1					

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 2021 - 02 - 23 / 21 : 45: 58

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

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

984. Nombre LARGO HENAO KELLY DAHIANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Resultado General -2023-06-01→7:44:12 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1097039768	KELLY	DAHIANA	LARGO	HENAO	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) KELLY DAHIANA LARGO HENAO identificado(a) con CC 1097039768 registra La siguiente información:

2023-06-01→7:44:12 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-12-09	768081	DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE
UNV	Local	ENFERMERIA	2021-08-17	1097039768	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1a.	18 Enero/14	BC1238C	
HEPAVAX-GENE®	2a.	22 [illegible]	BC1238C	
	3a.	2 MAR. 2014	BC1237	
	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
TETANOS DIFTERIA (Def-Tet-All)	1a.			
	2a.			
	3a.	20/09/14	024U098E	Andrea
	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
TRIPLE viral	1a.	03-09-15	[illegible]	[illegible]
NEUMOCOCO PREVENAR	2a.			
	3a.			
	4a.			
	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
F. AMARILLA				

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
INFLUENZA AGRIPAL® S1	1a.	24 MAYO 2014	134501	
	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
VARICELA® VARICELLA VACCINE GCVC	1a.	66		
	RF			
	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
MMR TRIPLE Rubeola Sarampión Paperas	1a.	24 MAYO 2014	M10N1	
	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
MENINGOCOCO	1a.			
	2a.			
	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS-A	1a.	20/09/14	AHAVB 6020	Andrea
	2a.	15/09/15	AHAVB 13246	Paola.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	11-07-13	024/1009E	Sandra
	2	18/011/13	0249001A B	Claudia
	3	20/09/14	024C1086	Andrea
	4	08/09/14	D2276	Carolina.
	5	11-01-18	D2208	Carolina.
Contra Hepatitis B	1	18/01/2014	B0123536	Salud y Vida
	2	22/02/2014	BC1238De	Salud y Vida
	3	11-01-18	BC1238DC	Carolina.
	R	11-03-18	BC1535DC	Carolina.
		15-09-18	BC1535FDE	Carolina

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	07-12-16	H20111	Carolina
Contra Influenza	Anual	20/09/14	7410501	Andrea
	Anual	05-12-16	[illegible]	Carolina
Virus de Papiloma Humano	1	03/05/13	Fab. 10042012 Lote: J000002 Cad. 10042015	Alba
	2da	06/11/13	Lote: J006461 Vencimiento: 05112015	Morelia
Influ	Anual	11-01-18	U50217020	Carolina
Influ	Anual	28-06-B	U218009	Carolina.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06-03-2021	Pfizer	EN1195	Hospital san Juan de Dios	Luisa Fernanda Aguelo	24815427
	2	27/03/21	Pfizer	FR1742	H.S.J.D	Johana Marin	24606830
	REF	03-02-22	Pfizer.	21095B	Idimc EFD	Carolina Gallego	1042807586

Powered by CamScanner

DECLARACIÓN RELACIONADA CON INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA NOMBRAMIENTO Y/O CELEBRAR CONTRATOS CON LA ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA.

KELLY DAHIANA LARGO HENAO identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **1097039768,** manifiesto, que no me encuentro incurso (a), en causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones establecidas por la Constitución o la Ley, para nombramiento y/o Celebrar Contratos con la ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, entre otros declaro:

1. Que SI_NO_X he sido condenado en cualquier tiempo, por la comisión de delitos que afecten el patrimonio del Estado, ni relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos armados ilegales, de lesa humanidad o de narcotráfico en Colombia o en el exterior (Art. 122 C.P.).

2. Que como servidor público SI___NO_X_ he dado lugar con una conducta dolosa o gravemente culposa, calificada así por sentencia ejecutoriada, a que el Estado sea condenado a una reparación patrimonial. En caso positivo, SI NO asumí con mi patrimonio el daño (Art. 122 C.P.)

3. Que SI___NO_X_ he sido sancionado disciplinariamente con destitución (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

4. Que SI___NO_X_ en sentencia judicial he sido condenado a la interdicción de derechos y funciones públicas (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

5. Que SI___NO_X_ he sido declarado responsable judicialmente por soborno transnacional. En caso positivo, ¿Cuál?_____(Art. 8, Núm. 1°, lit. j), ley 80 de 1.993, modificado ley 1474 de 2.011 art. 1).

6. ¿En algún momento le han declarado la caducidad de un contrato? SI___ NO_X_ ¿Cuál? _____ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. c), ley 80 de 1.993.

7. ¿Se ha abstenido de suscribir contrato estatal adjudicado, sin existir justa causa? SI_NO_X_ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. e), ley 80 de 1.993).

8. ¿Es usted servidor público? SI___NO_X_ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. 9, ley 80 de 1.993).

9. ¿Es usted integrante de una Junta de Acción Comunal del Municipio del Quindío? SI NO_X (Art. 8°, Núm. 1°, lit. f), ley 80 de 1.993).

10. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, padre, madre, algún hijo(a), hermano(a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), ha presentado propuesta para esta misma licitación? SI___ NO_X__ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. g), ley 80 de 1.993).

11. ¿Pertenece o perteneció a sociedad a la que se haya declarado la caducidad en un contrato? SI NO_X__ ¿Cuál?_____(Art. 8°, Num. 1°, lit. i), ley 80 de 1.993)

12. ¿Ha financiado en los últimos cuatro años, campañas políticas a la presidencia de la república, a la gobernación o a la alcaldía o alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, ¿padre o madre adoptante? SI___ NO_X__ ¿Quién? _____ ¿Cuál fue el monto del aporte?_____(NO APLICA PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES) (Art. 8°, Núm. 1°, lit. k), ley 80 de 1.993 adicionado por Art. 2. Ley 1474 de 2.011).

13. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, es servidor público en nivel directivo, asesor, ejecutivo o miembro de la junta o consejo directivo, o que ejerzan el control interno o fiscal de la entidad? SI___ NO_X ¿Quién? _____ Indique el cargo (Art. 8°, Núm. 2°, lit. c), ley 80 de 1.993).

14. ¿Ha ejercido cargos en el nivel directivo en entidades del Estado? SI___NO__X_¿Cuál? _____¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI ____ NO___ Indique fecha de retiro_____(Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 1°).

15. ¿Alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo(a), cuñado(a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, tiene calidad de ex empleado público del nivel directivo de una entidad estatal? SI___NO_X__. ¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI___ NO___ Indique fecha de retiro_____(Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 2°).

16. ¿Ha sido objeto de imposición de cinco (5) o más multas durante la ejecución de uno o varios contratos, durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI___NO_X_ ¿Cuántas?_____(Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. a)

17. ¿Ha sido objeto de declaratorias de incumplimiento contractual en por lo menos dos (2) contratos durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI____ NO_X_ ¿Cuántas? _____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. b).

18. ¿Ha sido objeto de imposición de dos (2) multas y un (1) incumplimiento durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales? SI_ NO_X_ ¿Cuántas? _____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. c).

19. ¿Ha celebrado contrato estatal de obra pública, de concesión, suministro de medicamentos y de alimentos o su cónyuge, compañero(a) permanente, padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, con las entidades a que se refiere el articulo 2° de la Ley 80 de 1993, durante el plazo de ejecución y hasta la liquidación del contrato? SI___ NO__X_ ¿Cuál?_____(APLICA PARA CELEBRAR CONTRATOS DE INTERVENTORIA). Ley 1474 de 2.011 Art. 5.

Declaro que he leído, entendido, comprendido y respondido las anteriores preguntas con toda precisión.

FIRMA: Kelly Dahiana Largo

NOMBRE: **KELLY DAHIANA LARGO HENAO**

C.C. 1097039768

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Fecha de diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte								Tipo de Solicitud	
2	8	2023	Cliente		Contratista		EPS		Proveedor		Vinculación	
día	mes	año	Colaborador		Junta Directiva		Otro				Actualización	

Ciudad	Armenia	Regional	Zonal

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	N° Identificación
Largo	Henao	Kelly	Dahiana	CC:	1097039768

Lugar de expedición	Fecha de expedición (día / mes / año)	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento (día / mes / año)	Dirección
Quimbaya-Quindio	20 / 1 / 2015	Alcala Valle	17 / 1 / 1997	edificio britannia apto 603

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)
3167715359	3167715359	Armenia	Quindio	Enfermera	

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	NO	¿Tiene reconocimiento público?	NO	¿Tiene grado de poder público?	NO	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	NO

PERSONA JURIDICA

Razón Social	NIT	Correo electrónico

Tipo de sociedad:	Anónima		Limitada		S.A.S.		Otra		¿Cuál?	
Tipo de empresa:	Privada		Pública		Mixta				Sin ánimo de lucro	

Actividad económica principal

Salud	X	Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?
Transportes		Servicios		Comercial		Financiero				Código CIIU

Descripción de la actividad económica: ENFERMERA PROFESIONAL

Dirección oficina principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
CALLE 5 CARRERA 22No-06	6067369258		Armenia	Quindio
Dirección agencia o sucursal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	N° Identificación
				CC:	

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?		¿Tiene reconocimiento público?		¿Tiene grado de poder público?		¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón social o nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	% de Participación	Responda sí o no a las siguientes preguntas: ¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

Nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	Principal o suplente	Responda sí o no a las siguientes preguntas: ¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos $	Total pasivos $	Patrimonio $
		15.000.000

Ingresos mensuales $	Egresos mensuales $	Otros ingresos $
3.500.000	3.000.000	

Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:	

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta		Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
Corriente	Ahorros			
	x	Davivienda	Quimbaya	

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad
Claudia Patricia Henao	3103920045	carrera 6 n 22-51	Quimbaya

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐

Tipo de transacciones

Importaciones		Exportaciones		Inversiones		Préstamos		Pago de servicios		Transferencias		Otros	

¿Cual?

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Con la suscripción de este documento autorizo a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA a:
1.Con base en la Ley 1581 de 2012 sobre Protección de Datos Personales, autorizo expresamente a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, o a quien represente sus derechos, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y seguimiento de la gestión de información financiera o comercial, consulte, informe, reporte, procese o divulgue todo lo referente a mi comportamiento como cliente en general, Al igual que revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.
Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades, en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

La E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, el funcionario, el contratista o proveedor llegaren a ser:
1. vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el origen constitucional.
2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3. Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial o relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta clausula.
El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA Por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el Cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar, originadas por el mencionado incumplimiento a la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA y a los terceros que este le indique.

2 Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

3 Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.

4 La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

5 De manera irrevocable autorizo a LA ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.

6 Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

7 Eximimos a LA ESE HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

1.	Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI		No	x
2.	La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton?	SI		No	x
3.	Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?	SI		No	x

VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leido, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Kelly Dahiana largo H.

Firma

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento						Número de identificación
	CC		CE		PAS		
Lugar de expedición	Firma						

Armenia, 02 de Agosto de 2022

Doctor
JHON CARLOS BUITRAGO MONCALEANO
Gerente
ESE HOSPITAL MENTAL FILANDIA

Asunto: Propuesta económica

De la manera más atenta me permito presentar mí propuesta económica para la prestación de servicios como ENFERMERA PROFESIONAL, realizando las siguientes actividades:

1. Realizar el adecuado diligenciamiento y suscripción del consentimiento informado de los pacientes al momento de su ingreso en el servicio de hospitalización.
2. Realizar el debido registro de las evoluciones en el software hospitalario de acuerdo a las frecuencias de uso establecidas por la entidad.
3. Supervisar y verificar el cumplimiento de la toma de signos vitales y firma de consentimientos informados a los auxiliares de enfermería para cada uno de los pacientes que se encuentran mi cargo.
4. Realizar las gestiones administrativas, asistenciales e interinstitucionales (solicitud de interconsultas y exámenes especializados, envió de anexo 3 a EPS).
5. Realizar seguimiento general a la prestación del servicio.
6. Realizar educación continua a Auxiliares de Enfermería.
7. Apoyar las actividades médico asistenciales (Procedimientos).
8. Participar en revista clínica multidisciplinaria.
9. Elaborar planes de cuidados de enfermería general, salud mental y psiquiatría.
10. Realizar el debido registro en el software hospitalario.
11. Participar y liderar el programa asignado desde la coordinación médica o coordinación de enfermería.
12. Participar en comités institucionales y de Ley de la entidad cuando se requiera.
13. Realizar Psicoeducación a pacientes y familia.
14. Realizar revisión de historias clínicas.
15. Realizar toma de muestras para procesamiento de laboratorios.
16. Llevar control de carro de paro.
17. Realizar actualización del censo diario.
18. Ofertar las rutas de atención y el portafolio de servicios.
19. Propiciar con todas las dependencias, la correcta, adecuada y oportuna facturación de servicios.

El valor de prestación de servicio es por $3.528.000 mensual.

Cordialmente,

Kelly Dahiana Largo H.

Kelly Dahiana Largo Henao
CC. 1097039768 expedida en Quimbaya-Quindio