



1. ANEXO

DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERÉS:

MANIFESTACIÓN EXPRESA Y ESCRITA RELACIONADA CON EVENTUALES CONFLICTOS DE INTERESES EN LOS PROCESOS CONTRATOS CELEBRADOS CON EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.

Luz Andrea Moreno Moreno identificada con cédula de ciudadanía No 1.098.306.931 de Quindío en calidad de representante legal de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul identificada (a) con NIT No. 890006671-1, de conformidad con lo consagrado en el artículo 11 de la ley 1437 de 2011 el cual reza **"ARTÍCULO 11. CONFLICTOS DE INTERÉS Y CAUSALES DE IMPEDIMENTO Y RECUSACIÓN.** Cuando el interés general propio de la función pública entre en conflicto con el interés particular y directo del servidor público, este deberá declararse impedido (...);

Teniendo en consideración el conocimiento absoluto que me asiste sobre la normativa aludida, procedo de forma voluntaria a diligenciar y/o responder el formato adoptado por la Administración Departamental:

1. Que SI ☐ NO ☒ tengo interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del presente proceso contractual, o su cónyuge, compañero o compañera permanente, o alguno de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o su socio o socios de hecho o de derecho.
2. Que SI ☐ NO ☒ he conocido en el presente proceso contractual, en oportunidad anterior, al servidor competente del trámite, su cónyuge, compañero permanente o alguno de sus parientes indicados en el numeral precedente.
3. Que SI ☐ NO ☒ soy el servidor, mi cónyuge, compañero permanente o alguno de los parientes arriba indicados, curador o tutor de persona interesada en adelantar el trámite contractual.
4. Que SI ☐ NO ☒ soy alguno de los interesados en la actuación administrativa: representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios del servidor público competente.
5. Que SI ☐ NO ☒ me asiste litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales, contra el servidor, su cónyuge, compañero permanente, o alguno de sus parientes indicados en el numeral 1, y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado.
6. Que SI ☐ NO ☒ he formulado a alguno de los interesados en la actuación contractual, su representante o apoderado, denuncia penal contra el servidor competente, su cónyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, antes de iniciarse la actuación administrativa; o con posterioridad al proceso contractual, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado se halle vinculado a la investigación penal.
7. Que SI ☐ NO ☒ he formulado al servidor competente, su cónyuge, compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, denuncia penal, ni contra una de las personas interesadas o su representante o apoderado, o aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal.
8. Que SI ☐ NO ☒ existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor y alguna de las personas interesadas en el procedimiento contractual, su representante o apoderado.
9. Que SI ☐ NO ☒ soy acreedor o deudor del servidor público competente, su cónyuge, compañero permanente o alguno de sus parientes en segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o primero civil, o de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado, salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima.



10. Que SI ☐ NO ☒ soy socio del servidor competente, su cónyuge, compañero permanente o alguno de sus parientes indicados en el numeral anterior, de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado en sociedad de personas.

11. Que SI ☐ NO ☒ he emitido al servidor competente, consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de esta, o he intervenido en esta como apoderado, Agente del Ministerio Público, perito o testigo. Sin embargo, no tendrán el carácter de concepto las referencias o explicaciones que el servidor público haga sobre el contenido de una decisión tomada por la administración.

12. Que SI ☐ NO ☒ soy heredero o legatario del servidor público competente, de su cónyuge, compañero permanente o alguno de sus parientes indicados en el numeral 1, y/o de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa.

13. Que SI ☐ NO ☒ me asiste controversia con el servidor público, su cónyuge, compañero permanente o alguno de sus parientes en segundo grado de consanguinidad o primero civil, en cuanto a la decisión administrativa que deba resolverse.

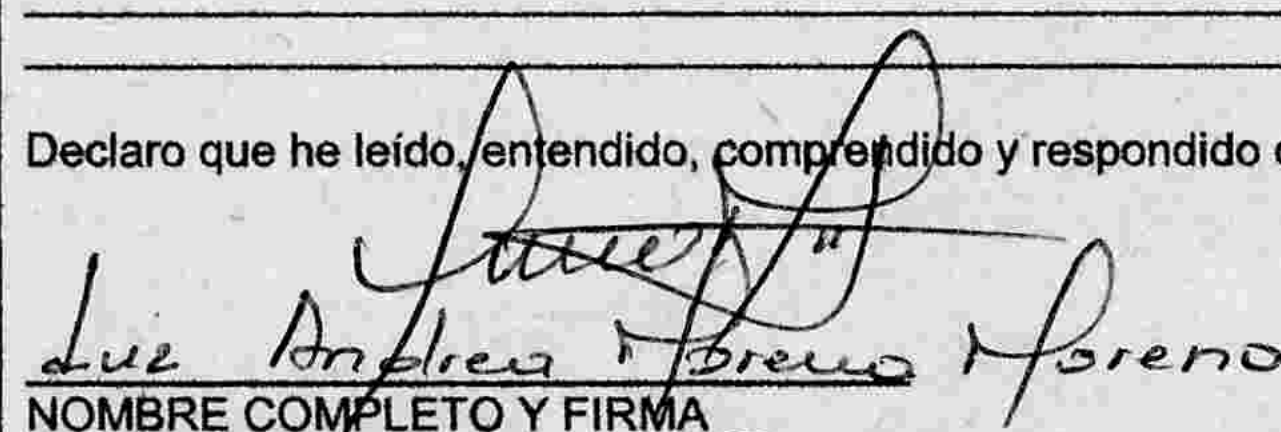
14. Que SI ☐ NO ☒ he hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular, inscritas o integradas también por el interesado en el período electoral coincidente con la actuación administrativa, o en alguno de los dos períodos anteriores.

15. Que SI ☐ NO ☒ he sido recomendado en la actuación administrativa, para acceder al cargo que ocupa el servidor público, o haber sido señalado por éste, como referencia con el mismo fin.

16. Que SI ☐ NO ☒ he tenido interés directo dentro del año anterior, ni he actuado como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de Junta Directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado en el asunto objeto de definición.

En caso de que alguna de las respuestas anteriores fuese afirmativa, deberá el interesado de forma clara y expresa, señalar el fundamento de su manifestación.

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


Luz Angélica Moreno Moreno

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

CC. 1.098.306.931 de Cirasia

Dirección: Vereda Camano.

de Cirasia.

Teléfono: 3015614872.

ELABORACION	REVISION	APROBACIÓN
Elaborado Por:	Revisor Por:	Aprobado por:
Erika García Cubillos	Mauricio Grajales Osorio	Johan Sebastián Cañón Sosa
Cargo: Profesional Universitario	Cargo: Director de Talento Humano	Cargo: Secretario Administrativo

GZQD-CZM-000934-24
Armenia, 17 de octubre 2024

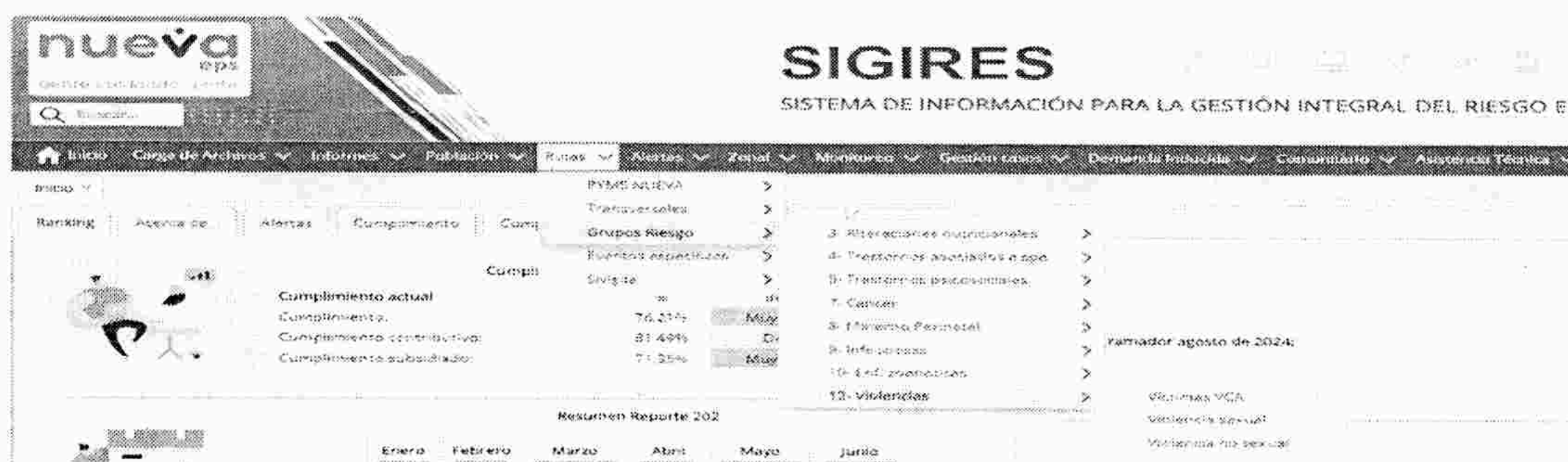
Doctora
LUZ ANDREA MORENO MORENO
Gerente
Hospital San Vicente de Paul
Calle 10 #12-57
Circasia

HOSPITAL SAN VICENTE
DE PAUL - CIRCASIA QUINDIO
VENTILADO - ANCA
CPA - 1077 - 1077
PBX - 1077 - 1077
FECHA: 23-10-2024
HORA: 11-52 AM
RADIADO: 382
RECIBIDO: OSPAN

Asunto: Notificación a la red de prestadores de Nueva EPS, de la población afiliada identificada como Víctima del Conflicto Armado y consideraciones para la atención.

Teniendo en cuenta que la IPS que usted representa hace parte de la red de contratación de Nueva EPS y en concordancia con la Ley 1448 de 2011, Decreto 4800 de 2011 y demás normatividad vigente, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno en el marco del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado -PAPSIVI, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Nueva EPS se permite informar que se encuentra disponible en el sistema de información SIGIRES - Procex para su consulta y descarga, la información actualizada de la **cohorte Población Víctima de Conflicto Armado**, con la relación de **Víctimas** aseguradas a su IPS, incluyendo las reconocidas en la **sentencia T-045** de 2010 de la Corte Constitucional y las **Sentencias** de Corte Interamericana de Derechos Humanos -CIDH, las cuales puede validar en la variable "CLASIFICACION EVENTO", así mismo es importante que al interior de la IPS se desarrollen mecanismos para la **marcación en su sistema de información**, de estos casos de modo que sea posible la identificación por los colaboradores que están involucrados en la atención en salud.



Tenga en cuenta que la **descarga de la cohorte Población VCA se realiza por:** Rutas / Grupos Riesgo / Violencias / Población VCA, allí podrá generar el descargable de su IPS, al realizar filtro por las variables de fecha de consulta más reciente de medicina, enfermería y psicología, aquellos usuarios que no tienen frente a cualquier desacuerdo con la decisión adoptada en el presente comunicado o de no obtener respuesta, podrá formular una PQR ante la Superintendencia Nacional de Salud. Para el régimen subsidiado, adicionalmente podrá elevar una PQR ante la correspondiente Dirección de Salud Departamental, Distrital o Local



Sede Administrativa
Carrera 85K No. 46A - 66
Teléfono 419 3000
Bogotá, Colombia



Atención al Afiliado
Régimen Contributivo Bogotá 307 7022
Línea Gratuita Nacional 01 8000 954400
Régimen Subsidiado

GZQD-CZM-000934-24

registro de atenciones serán prioridad para realizar demanda inducida y garantizar estas consultas.

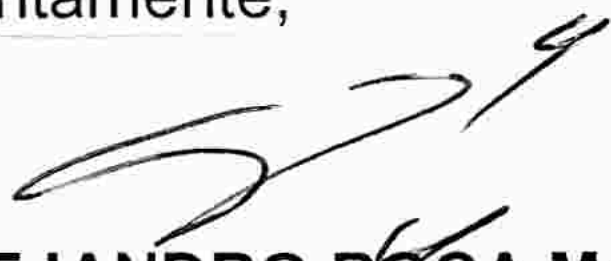
Por lo cual le instamos a consultar la información, como insumo para priorizar, generar acciones de **demanda inducida y garantizar que esta población diferencial, cuente con el acceso integral a los servicios de salud por parte del equipo multidisciplinario** normado (enfermería, medicina, psicología y trabajo social), así mismo a las actividades de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud de acuerdo con el curso de vida, gestionando así el riesgo en salud de esta población e impactando en la mejora de sus **indicadores** de cumplimiento en el Programa.

Teniendo en cuenta el Decreto 1652 del 6 de agosto de 2022, es importante tener en consideración y garantizar en la atención y prestación de los servicios, **la exoneración de copagos y cuotas moderadoras** a las personas contempladas en las **Sentencias CIDH**, así como **víctimas que se encuentren registradas en el Sisbén categorías A, B o C.**

La Constitución Política de Colombia y Ley Estatutaria 1581 de 2012 que respaldan la protección de datos se requiere que su Institución y funcionarios garanticen la **confidencialidad** de la información que le es proporcionada, la cual tiene el carácter reservado, y debe ser usada de acuerdo con las funciones propias de su cargo y de las personas que se designen para el programa de PAPSIVI.

Nueva EPS, busca tener un canal de comunicación con su red prestadora, por lo que le solicitamos que ante novedades en la IPS que usted representa, con el correo electrónico corporativo por el cual se remiten estas comunicaciones, se brinde notificación oportuna a Nueva EPS, informando la dirección de correo electrónico y persona referente para la atención de víctimas del Conflicto Armado, en su institución con el fin de continuar con la entrega mensual de la información.

Atentamente,


ALEJANDRO ROCA MANCO

Coordinador de Gestión del Riesgo Primario
Zonal Quindío
Nueva EPS

Proyectó: *Nathalia Angel Duque*
Profesional Gestión de Riesgo Poblacional

Frente a cualquier desacuerdo con la decisión adoptada en el presente comunicado o de no obtener respuesta, podrá formular una PQR ante la Superintendencia Nacional de Salud. Para el régimen subsidiado, adicionalmente podrá elevar una PQR ante la correspondiente Dirección de Salud Departamental, Distrital o Local

