	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato hoja de ruta contratos DIGSA Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-50 Proceso: Administración del Talento Humano

NOMBRE SERVIDOR PUBLICO: Paula Andrea Pavi Duran CEDULA: 1000515928

No.	REQUISITO EXIGIDO	OBSERVACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Autorización Director de ESM			
2	Plan de necesidades			
3	Requerimiento del cargo			
4	Certificado de idoneidad			
5	Estudio previo			
6	Acta de compromiso de confidencialidad			
7	Formato único hoja de vida impreso donde se certifique los documentos del SIGEP II así; ☐ Talento Humano deben verificar los soportes de la información registrada. ☐ el contratista debe cargar los soportes de la información correspondiente a estudios y experiencia profesional. ☐ el formato único hoja de vida impreso del **SIGEP II**, debe estar debidamente firmado (firma, pos firma, No. de identificación) tanto por el futuro contratista, como por el oficial o suboficial de desarrollo humano o administrador de personal de la unidad militar. ☐ tiempo de experiencia certificados de experiencia ☐ Documentos adicionales ☐ tarjeta y resolución de la profesión ☐ procuraduria ☐ contraloria ☐ policía judicial ☐ rut	Articulo 18 de la Ley 909 de 2004		
8	https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/ o siguiente enlace https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2012 ☐ Declaración de conflictos de interés particulares ☐ Declaración del impuesto sobre la renta y complementarios ☐ Declaración de bienes y rentas	Anual registrar en la página Web de la función pública. Ley 2013 de 2019. **Recuerde que los datos de acceso son diferentes al portal de SIGEP.**		
9	**BLS** (Soporte Vital Básico) para auxiliares de enfermería personal asistencial. **BLS-ACLS (**Curso avanzado de Soporte Vital Básico) para Enfermeros, Terapeutas Respiratorios y Médicos y Especialistas **Certificado Curso de Humanización del servicio.** **Certificado capacitación de atención a Victimas de Violencia sexual** para el personal de los servicios de consulta externa hospitalizacion y servicio de prioritarias, establecido en la resolución 459 del 2012. **Declaración escrita de objeción de conciencia** en salud en caso que aplique para Ginecólogo y Medico General	Resolución 003316 de 2019 Resolución 3100 de 2019. Resolución 459 del 2012. Resolución 380/2018 del MSPS Resolución 051 del 2023 del MSPS Sentencia C-355 del 2006		
10	Declaración de bienes y rentas LLENAR EL FORMATO			
11	Certificación bancaria actualizada en original	No mayor a 90 días		
12	Fotocopia cédula de ciudadanía.			
13	Fotocopia tarjeta profesional y certificado de vigencia (cuando aplique)			
14	Fotocopia diploma bachiller y acta de grado			
15	Fotocopia de diploma(s) de pre grado(s) y acta(s) de grado(s):			
16	fotocopia de diploma(s) de posgrado(s) y acta(s) de grado(s)			
17	Oficio de entrega del ESP con nombre cedula y profesión.			
18	certificado vigente de antecedentes judiciales (ponal)	No mayor a 90 días		

19	certificado vigente responsabilidad fiscal (contraloría general de la república)	No mayor a 90 días		
20	certificado vigente de antecedentes disciplinarios (procuraduria general de la nación)	No mayor a 90 días		
21	Pantallazo impreso del sistema registro nacional de medidas correctivas de la POLICIA NACIONAL (RNMC).	No mayor a 90 días		
22	Registro único tributario **(se debe adjuntar tanto el RUT como la verificación en la página web de la DIAN – consulta estado del RUT https://muisca.dian.gov.co/webrutmuisca/defconsultaestadorut.faces)**			
23	PANTALLAZO IMPRESO EN EL CUAL CERTIFIQUE QUE SE ENCUENTRA EL PRESTADOR DE SERVICIOS INSCRITO EN EL **SECOP II** SE PUEDE INGRESAR EN EL SIGUIENTE LINK https://community.secop.gov.co/STS/users/login/index?skinname=CCE			
24	Constancia de afiliación al sistema integral de seguridad social en salud, pensión, deben incluir consulta página web **RUAF**			
25	1. Todo el personal debe presentarse en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo para realizar la afiliación a Riesgos Laborales. **2. Entregar copia de certificado de afiliación a la ARL donde se verifique el NIT de la Regional o DISAN**, en la oficina de contratos (se aclara que riesgos laborales se debe incluir en la carpeta maestra **una vez suscrito el contrato**, Personal tecnólogo en imágenes diagnósticas deben estar afiliados en Riesgo V.	No puede iniciar su ejecución contractual sin estar afiliado a Riesgos Laborales.		
26	Acta de compromiso de cumplimiento de las normas de bioseguridad.	Formato SG-SST DIGSA		
27	Certificado de exámenes ocupacionales de ingreso: con énfasis osteomuscular, visiometría y audiometría.	El examen tiene vigencia 3 años si no deja de trabajar continuamente.		
28	Todo el personal debe solicitar en la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo ***"Formato de requisitos de vacunación según el cargo".*** (este formato será revisado y aprobado por la oficina de SST en vista que es requisito para continuar el proceso de contratación). ☐ Actividades administrativas de archivo. **(Toxoide Tetánico y Difteria)** ☐ Actividades netamente administrativas en zona endémica. ☐ Actividades de servicios generales y mantenimiento. ☐ Actividades de manipulación de alimentos. ☐ Actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos. ☐ Actividades administrativas y alternamente asistenciales pero que no realizan procedimientos. **(Influenza estacional, Fiebre amarilla, Varicela, Triple Viral, DPTA , Neumococo)** ☐ Actividades únicamente asistenciales. **(Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza estacional, Fiebre amarilla, Varicela, Triple Viral, DPTA , Neumococo, Toxoide Tetánico y Difteria).**	Presentar copias legibles de carnets de vacunación y/o titulaciones vigentes a partir del año 2000.		
29	Pantallazo impreso verificación de cada prestador de servicios que aparezca registrado en el **(RETHUS)** de acuerdo a lo establecido en la ley 1164 de 2007. Disposiciones Generales de igual forma debe incluir el número del acto administrativo. PERSONAL DE LA SALUD) que no se encuentren reportados, deben anexar oficio de solicitud de inscripción ante la secretaria de salud.			
30	Anexo G "datos generales"			
31	Concepto evaluación psicología	No mayor a un año		
32	Pacto de integridad			
33	DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES			
34	REGISTRO DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)			

Fecha Elaboración: _____

Firma: _____

Postfirma: _____

Grado - Nombres y Apellidos

Funcionario responsable manejo expediente

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ"

Al contestar, cite este número

Bogotá D.C 21 MARZO 2025

Señora Mayor
EMMANUHELA RESTREPO CELIS
Oficial Gestión Administrativa y Financiera DMSOC
Bogotá, D.C.

Asunto: Entrega Carpeta Personal PS

Con toda atención y debido respeto me permito entregar a la señora Mayor Oficial Gestión Administrativa y Financiera DMSOC, la carpeta correspondiente a un prestador de servicio del ESM, allegada al área de talento humano de la Regional 9, para su revisión según hoja de ruta, verificando los siguientes documentos en la plataforma SIGEP II, así:

CRH– ENFERMERA PROFESIONAL

NOMBRE SERVIDOR PUBLICO:		**CEDULA:**		
PAULA ANDREA PAVA DURAN		**1000515928**		
	REQUISITO EXIGIDO	**OBSERVACIÓN**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
7	Formato único hoja de vida impreso donde se certifique los documentos del SIGEP así; Talento Humano deben verificar los soportes de la información registrada. El contratista debe cargar los soportes de la información correspondiente a estudios y experiencia profesional. ú el formato único hoja de vida impreso del **SIGEP II**, debe estar debidamente firmado (firma, pos firma, No. de identificación) tanto por el futuro contratista, como por el oficial o suboficial de desarrollo humano o administrador de personal de la unidad militar. tiempo de experiencia, certificados de experiencia, Documentos adicionales, tarjeta y resolución de la profesión, procuraduría, contraloría, policía, judicial, Rut.		CUMPLE	
8	**1. BLS** (Soporte vital básico) para auxiliares de enfermería personal asistencial **2. BLS-ACLS** (Curso avanzado de Soporte Vital Básico) para Enfermeros. Terapeutas Respiratorios y Medico y Especialistas **3. Certificado Curso de Humanización del servicio** **4. Certificado de Capacitación de atención a Víctimas de Violencia sexual** para el personal de los servicios de consulta externa hospitalización y servicios prioritarios, establecidos en la resolución 459 de 2012. **Declaración escrita de objeción** de conciencia en salud en caso de que aplique para Ginecología y Medico General.		CUMPLE	
9	https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/ ➢ Declaración de conflictos de interés particulares ➢ Declaración del impuesto sobre la renta y complementarios ➢ Declaración de bienes y rentas	Anual registrar en la página Web de la función pública. Ley 2013 de 2019,	CUMPLE	

Avenida Ciudad de Cali N 53b – 80 Sur Bogotá D.C.
dmsoc@buzonejercito.mil.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ"

10	Certificación bancaria actualizada en original	No mayor a 90 días	CUMPLE	
11	Fotocopia cédula de ciudadanía.		CUMPLE	
12	Fotocopia tarjeta profesional y certificado de vigencia (cuando aplique)		CUMLE	
13	Fotocopia diploma bachiller y acta de grado		CUMPLE	
14	Fotocopia de diploma(s) de pre grado(s) y acta(s) de grado(s).		CUMPLE	
15	fotocopia de diploma(s) de posgrado(s) y acta(s) de grado(s)		CUMPLE	
17	certificado vigente de antecedentes judiciales (ponal)	No mayor a 90 días	CUMPLE	
18	certificado vigente responsabilidad fiscal (contraloría general de la república)	No mayor a 90 días	CUMPLE	
19	certificado vigente de antecedentes disciplinarios (procuraduría general de la nación)	No mayor a 90 días	CUMPLE	
20	Pantallazo impreso del sistema registro nacional de medidas correctivas de la POLICIA NACIONAL (**RNMC**).	No mayor a 90 días	CUMPLE	
21	Registro único tributario **(se debe adjuntar tanto el RUT como la verificación en la página web de la dian – consulta estado del rut https://muisca.dian.gov.co/webrutmuisca/defconsultaestadorut.faces**		CUMPLE	
28	Pantallazo impreso verificación de cada prestador de servicios que aparezca registrado en el (**RETHUS**) de acuerdo a lo establecido en la ley 1164 de 2007. Disposiciones Generales de igual forma debe incluir el número del acto administrativo. PERSONAL DE LA SALUD) que no se encuentren reportados, deben anexar oficio de solicitud de inscripción ante la secretaria de salud.		CUMPLE	
33	DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES		CUMPLE	
34	REGISTRO DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)		CUMPLE	

Se aprueba para continuar con el trámite correspondiente en área de contratación del DMSOC.

Respetuosamente,

Sargento Viceprimero FREILE LIZARAZO FLOR MARIA
Suboficial Talento Humano - DMSOC

Elaboró: AA12 CAMILO ANDRES OSORIO
Auxiliar administrativo Talento Humano – DMSOC

Vo.Bo: CT. CORREDOR SANABRIA EDWIN ALBEIRO
Oficial Contratación PS DMSOC

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Al contestar, cite este número

Radicado N° **20253430060052467**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ- JEMGF-COLOG-BRLOG1-BASAN-CRH-TH -29.25

Bogotá, D.C, 1 de marzo de 2025

Asunto: Autorización del ESM Centro de Rehabilitación Hospitalaria

Previa la revisión de los documentos de idoneidad para acceder al Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto es la prestación de servicios de ENEFERMERIA SUPERIOR a la señora PAULA ANDREA PAVA DURAN, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.000.515.928 de Bogotá. cumple a cabalidad con las condiciones de idoneidad establecidas por la ley y la entidad, previa la confrontación de la documentación allegada como contratista.

Lo anterior se expide en el mes de marzo de 2025.

Claudia Carolina Ramírez M.
ODONTOLOGA-ENDODONCISTA
Oficial del Ejército Nacional

T.C CLAUDIA CAROLINA RAMIREZ MURILLO
Directora Establecimiento de Sanidad Militar CRH

SV. DIANIS RICARDO GALLEGO
Elaboro: Suboficial Talento Humano EMS

Cra 46 # 20c-79
Bogotá, D.C
CRH@buzonejercito.mil.co

PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Al contestar, cite este número

Radicado N° **20253430060045647**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ- JEMGF-COLOG-BRLOG1-BASAN-CRH-TH -29.25

Bogotá, D.C, 1 de marzo de 2025

Señora Mayor
EMMANUHELA RESTREPO CELIS
Oficial Gestión Administrativa y Financiera
Dispensario Médico Suroccidente "Héroes del Sumapaz"

Asunto: Requerimiento del Cargo del ESM Centro de Rehabilitación Hospitalaria

Con toda atención, me permito solicitar al Señor Mayor Oficial Gestión Administrativa y Financiera Dispensario Médico Suroccidente "Héroes del Sumapaz" la autorización para contratar una PROFESIONAL en ENFERMERIA SUPERIOR a la señor(a) PAULA ANDREA PAVA DURAN, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.000.515.928 de Bogotá en apoyo al área CONSULTA EXTERNA del Centro de Rehabilitación Hospitalaria, para llevar a cabo las actividades relacionadas en las etapas, tal y como se señala a continuación:

- Prestar el servicio de acuerdo cuadro de disponibilidad médica programado y establecido en atención a las necesidades de la institución Centro de Rehabilitación Hospitalaria y sus Satélites, o unidades de la brigada logística N° 1 en Bogotá.
- Atender un aproximado de 480 pacientes en el servicio asignado, según directiva Tiempos de Consulta y un mínimo de 2 (dos) turnos fines de semana de acuerdo a cuadro de turno de disponibilidad mensual.
- Entregar mensualmente con el cumplido, las planillas y soportes de pago de la seguridad social en los términos de ley (salud, pensión y ARL).
- Elaborar remisiones a aquellos pacientes que requieran un nivel de atención superior o un servicio que no se ofrezca en el establecimiento de sanidad militar de origen.

Cra 46 # 20c-79
Bogotá, D.C
CRH@buzonejercito.mil.co

- Realizar historia clínica de acuerdo a la resolución 1995 del 1999 y/o normativa vigente.
- Solicitar exámenes y ayudas diagnosticas de acuerdo al cuadro clínico del paciente, enmarcados en el acuerdo del SSGFM.
- Realizar la prescripción médica en los formatos establecidos y los principios de pertinencia, oportunidad, celeridad, accesibilidad y seguridad, de acuerdo a normatividad vigente.
- Informar oportunamente al jefe inmediato sobre situaciones de emergencia o riesgo de los pacientes a su cargo.
- Diligenciar la Historia Clínica sistematizada (SALUD. SIS) según software y demás registros asistenciales de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999.
- Ejercer su oficio conforme a las buenas prácticas profesionales, dando cumplimiento a las guías, protocolos, manuales, instructivos e instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes, en las áreas de atención el cual sea asignada.
- Llevar los registros de atención diaria de procedimientos, actividades e intervenciones en el aplicativo designado y/o formato establecido. Los diagnósticos principales y secundarios deben quedar debidamente registrados con código CIE 10 en todos los formatos.
- 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.
- Durante los turnos Nocturnos (si hubiere) y fines de semana, El contratista deberá prestar sus servicios en Consulta Prioritaria y a su vez evolucionar los pacientes del servicio de recuperación del Centro de Rehabilitación.
- Conocer las normas, Leyes, Decretos, Acuerdos, Directivas, y demás regulaciones que rigen al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y dar correcta aplicación a las mismas, dentro del ámbito de su competencia.
- El profesional asignado en el servicio de Recuperación, una vez finalizada la evolución de los pacientes estará disponible para las actividades requeridas del Centro de Rehabilitación Hospitalaria y sus Satélites.
- Responder en forma oportuna y diligente, las peticiones, quejas y reclamos interpuestos por los usuarios, en cumplimiento al artículo 7 del capítulo 2 del Código Contencioso Administrativo y artículo 23, 87 de la Constitución Nacional.
- Formular los medicamentos establecidos en el Plan de Servicios de Sanidad Militar según el nivel de atención y realizar el diligenciamiento de las formulas médicas, de acuerdo a lo regulado en los Acuerdos del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares. EL CONTRATISTA responderá por cualquier formulación que no esté enmarcada en las normas citadas o sin el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Subsistema o sin la debida autorización por Comité Técnico Científico.
- Realizar rotación en las diferentes áreas y servicios de la institución de acuerdo a las necesidades y demanda de la misma.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

- Participar en comités, revistas, campañas, jornadas, capacitaciones, brigadas y coordinar áreas relacionadas con las funciones inherentes a la labor, lo anterior de acuerdo a la necesidad de la entidad.
- Realizar acompañamiento en el traslado de paciente en ambulancia a diferentes niveles de atención si el estado clínico del paciente así lo amerita.
- Realizar revisión, actualización y adherencia a las guías de manejo según las 5 primeras causas de consulta en el servicio asignado.
- Adherencia a las políticas instituciones del E.S.M (Política de calidad, Política de seguridad del paciente, Política ambiental y sanitaria, política de talento humano, política de humanización del servicio, política de salud y seguridad en el trabajo y política manejo de muestras de medicamentos.
- Dar cumplimiento a las disposiciones, directivas, circulares, protocolos, e instrucciones y políticas emitidas por la Dirección General de Sanidad Militar.
- Diligenciar y notificar eventos de interés en salud pública de manera obligatoria según Decreto 3518/2006, así como la adherencia a protocolos.
- Realizar revisión, actualización y adherencia a las guías de manejo según las 5 primeras causas de consulta en el servicio asignado.
- Verificar con la Coordinación de Consulta Externa el cumplimiento en la atención del número de pacientes para el mes, si durante el mes no se ha completado el número de pacientes, en coordinación con el jefe del servicio de consulta externa, deben ser programados en las jornadas que se requieran, así mismo si el tiempo de atención cambia se ajustaran la cantidad de pacientes de acuerdo a lo protocolos para estén establecidos por el CRH.

A afectar de dar cumplimiento a los requerimientos del área; en razón a que no se cuenta con personal de planta suficiente para cumplir con las exigencias requeridas.

Lo anterior para los fines que esa dirección considere conveniente.

CS. LAURA DOMINGUEZ SOLAQUE
Supervisor(a) contrato

Cra 46 # 20c-79
Bogotá, D.C
CRH@buzonejercito.mil.co

PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Al contestar, cite este número

Radicado N° **2025343006036458**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ- JEMGF-COLOG-BRLOG1-BASAN-CRH-TH -29.25

Bogotá, D.C, 1 de marzo de 2025

Asunto: Certificado de idoneidad Enfermera profesional ESM Centro de Rehabilitación Hospitalaria CRH

Previa la revisión de los documentos de idoneidad para acceder al Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto es la prestación de servicios como Enfermera profesional a la señora PAULA ANDREA PAVA DURAN, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.000.515.928 de Bogotá, que una vez verificados sus documentos educativos y realizadas las respectivas pruebas de conocimientos el aspirante cumple a cabalidad con las condiciones de idoneidad establecidas por la ley y la entidad, previa la confrontación de la documentación allegada como contratista.

Lo anterior se expide en el mes de marzo de 2025.

Claudia Carolina Ramirez M.
ODONTOLOGA-ENDODONCISTA
Oficial del Ejército Nacional

Teniente Coronel CLAUDIA CAROLINA RAMIREZ MURILLO
Directora Establecimiento de Sanidad Militar Centro de Rehabilitación Hospitalaria

SV. Dianis Ricardo Gallego
Elaboro: Suboficial Talento Humano CRH

Cra 46 # 20c-79
Bogotá, D.C
CRH@buzonejercito.mil.co

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Que libre, y voluntariamente, de manera unilateral, a nombre propio, asumo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERA: Que el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJÉRCITO NACIONAL / DIRECCIÓN DE SANIDAD / DISPENSARIO MEDICO CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA adelanta la contratación directa cuyo objeto es prestar mis servicios profesionales como ENFERMERA PROFESIONAL para apoyar a el área de rehabilitación.

SEGUNDA: Que es propósito Apoyar la Gestión de la Institución en lo que hace referencia a todas las obligaciones específicas definidas en el contrato de prestación de servicios profesionales.

TERCERA: Que siendo de mi interés efectuar la contratación directa enunciada en el considerando primero precedente, me encuentro dispuesto a asumir con la debida confidencialidad de la ejecución propia de los procesos y proyectos así como de la ejecución de las actividades; en tal sentido suscribo el presente documento de confidencialidad, por el cual se garantiza la absoluta reserva, en la medida que la información técnica, económica y jurídica, puesta a disposición contiene datos referidos a bienes y/o servicios destinados a la defensa y seguridad nacional.

CUARTA: Que por lo tanto asumo libre y espontáneamente este compromiso, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA: Mediante la suscripción del presente documento, asumo los siguientes compromisos:

1.1. EL CONTRATISTA no duplicará total o parcialmente la documentación recibida, a efectos de trasladarla a terceros que puedan tener interés en la información de los procesos y proyectos, así como de la ejecución de las actividades de los mismos, en la información técnica, económica y jurídica.
1.2. EL CONTRATISTA se compromete a no permitir que, en su nombre, alguien, bien sea empleado del mismo, o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor incurra en lo señalado anteriormente.
1.3. EL CONTRATISTA, se compromete formalmente a cumplir en todo momento las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el

presente proceso y la relación contractual y se imponen las siguientes obligaciones:

a) No revelar información propia del objeto de la presente contratación
b) No permitir que terceros obtengan información sobre los procesos y/o proyectos, las finalidades y sus componentes técnicos, económicos y jurídicos
c) No obrar a través de terceros o sugerir que terceros hagan lo propio en su nombre
d) No publicar información alguna, por medios de comunicación electrónica o correos internos que permita a terceros acceder a la información

1.4. EL CONTRATISTA se compromete formalmente a no efectuar acuerdos de naturaleza alguna con terceros que manifiesten interés en el asunto.

CLÁUSULA SEGUNDA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO. EL CONTRATISTA asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias que el Ministerio considere procedente imponer, entre ellas, la presentación pública de su conducta transgresora, igualmente si el Ministerio demuestra que con su actuación se vulneran los derechos, podrá ejercer las acciones civiles, penales y administrativas que le permitan restablecer su situación, previa indemnización del daño causado.

CLÁUSULA TERCERA: Declara Igualmente EL CONTRATISTA que toda la información que se produzca en la ejecución del contrato, será confidencial y/o reservada.

En constancia de lo anterior y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de Bogotá (MARZO) 2025

PAULA ANDREA PAVA DURAN
1.000.515.928 de Bogotá

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
Pava	Duran	Paula Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1000515928	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 11 MES 05 AÑO 2002	CARRERA 113C 143A 20			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	3174711865	EMAIL	paulapava85@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (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	05	2024	1000515928

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4 IDIOMAS

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	2025-02-21 12:42

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAULA	ANDREA	PAVA	DURAN

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1000515928

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

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	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 Residencias Tequendama Torre Norte Oficina 204"]
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 año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$11.962.167,00
Cesantías e intereses de cesantías	$995.047,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$12.957.214,00

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	$2.044.930,00

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:

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Paula Andrea Pava Duran

CC 1000515928 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Soporte Vital Básico (BLS)
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2024-07-02
Fecha de vencimiento: 2026-07-01

Verificación

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Paula Andrea Pava Duran

CC 1000515928 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Soporte Vital Avanzado (ACLS)

con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2024-07-02

Fecha de vencimiento: 2026-07-01

Verificación

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Articulo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Paula Andrea Pava Duran

CC 1000515928 de Bogotá

ealizó y aprobó el Curso de Humanización en el Cuidado Centrado en el Paciente en el Area de la Salud

con un total de 110 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2024-07-02
Fecha de vencimiento: 2026-07-01

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Paula Andrea Pava Duran

CC 1000515928 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Apoyo Integral Multidisciplinario para Víctimas de Violencia Sexual

con un total de 100 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2024-07-02
Fecha de vencimiento: 2026-07-01

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Articulo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

PERSONA NATURAL

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO PAULA ANDREA PAVA DURAN

IDENTIFICADO C.C. X C.E. T.I. N° 1,000,515,928 CON DOMICILIO PRINCIPAL

País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Municipi BOGOTÀ
Direcci CRA 113 C N 143 A 20	Teléfonos 3174711865	

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTES
CRISTIAN DAVID PAVA DURAN	1,010,042,393	HERMANO
WILLER PAVA PUENTES	79,629,449	PAPÀ
ROSAALBA DURAN MATEUS	39,757,843	MAMÀ

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS

ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION X**

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,

EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	11,962,167
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	995,047
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 12,957,214

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Ahorros	4884 1573 6997	Bogotà	$ 1,700,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **20/02/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora PAULA ANDREA PAVA DURAN** con **Cédula de Ciudadanía** número **1000515928**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488415736997**
Fecha de apertura	**24/08/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.515.928

PAVA DURAN

APELLIDOS

PAULA ANDREA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-2002

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

12-JUN-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01280108-F-1000515928-20220215 0078164352A 1 9918551221

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



PAULA ANDREA PAVA DURAN
C.C. 1.000.515.928
Fund Univ De Ciencias De La Salud
Bogotá D.C.
Fecha de Expedición del Diploma: 27/06/2024
Fecha de inscripción en Rethus: 26/07/2024

62872

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

LICEO CONTADORA

Calle 59C Sur No. 45D - 15 Teléfono: 715 9641
Bogotá, D.C.
Jornada Única

INSCRIPCION S.E. 4685
INSCRIPCION DANE 311001046263

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 07 días del mes de Diciembre del año 2019 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del LICEO CONTADORA. Institución aprobada hasta Nueva Determinación en el nivel de educación media y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución Nº 3854 del 24 de Agosto de 1994, Nuevo Reconocimiento Oficial No. 7562 del 24 de noviembre de 1998 y Resolución 19-068 del 29 de noviembre de 2016.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el

TÍTULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Paula Andrea Pava Durán

Identificado (a) con T.I. Nº 1.000.515.928 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº 026, que consta de 61 estudiantes; que comienza con el nombre de AGUDELO CORONADO NATALIA SOFÍA y termina con el nombre de WILCHES CÓRDOBA PAULA ANDREA.

Firmada por

GIOMAR TORRES GARCÍA (Rectora) y NUBIA RONCANCIO GONZÁLEZ (Secretaria)

Dada en Bogotá, D.C., a los 07 días del mes de Diciembre del año 2019

FIRMADA Y SELLADA

Rectora

Giomar Torres García
C.C. 51.789.116 de Bogotá

Secretaria

Nubia Roncancio González
C.C. 52.383.123 de Bogotá

La República de Colombia

y en su nombre, el

Liceo Contadora

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 3854 del 24 de Agosto de 1994 y Nuevo
Reconocimiento Oficial No. 7562 del 24 de Noviembre de 1998
y Resolución No. 19-068 del 29 de Noviembre de 2016

Confiere a:

Paula Andrea Pava Durán

Identificado (a) con T.I. Nº 1.000.515.928 de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Rectora	Secretaria
Giomar Torres García	Nubia Roncancio González

LICEO CONTADORA
ESTUDIO
L C
ESFUERZO
Y TRIUNFO

Libro de Registro Nº 1

Acta Nº 026

Dado en Bogotá, D. C., a los 07 días del mes de Diciembre del año 2019

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.

Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud
FUCS

| VIGILADA MINEDUCACIÓN | *Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional*

Acta de Grado No. 233

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los veintisiete (27) días del mes de junio de 2024, el Auditorio Guillermo Fergusson de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 6321 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 634 del 4 de junio de 2024, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Enfermera

a

Paula Andrea Pava Duran

Identificada con la cédula de ciudadanía No. 1000515928 de Bogota D.C., como consta en el acta No. 233, folios 015, 016 y 017, del Libro de Actas número 4.

Se confiere el título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que la mencionada estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pénsum reglamentario para el programa de Enfermería y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen las firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente del Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, enfermeras Diana Patricia González Ruiz, Decana y María Victoria Triana Palomino, Secretaria Académica, para constancia de lo anterior firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los veintisiete (27) días del mes de junio del año dos mil veinticuatro (2024).

JORGE LUIS HERRERA ARIZA
Secretario General

15753

Código de Aprobación SNIES, No. 1769

Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud
FUCS

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS

Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Enfermería

En atención a que

Paula Andrea Pava Duran

C.C. 1.000.515.928 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Enfermera

En Bogotá, D.C., Colombia, el 27 de junio de 2024
en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos.

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector

Secretario General

Decano

Secretario Académico

Número de registro 4328 *Folio* 074 y 075

| VIGILADA MINEDUCACIÓN | Estatutos vigentes - Resolución 021948 de 2020 MEN. Acreditación de Alta Calidad - Resolución 013601 de 2019 MEN Vigencia 4 años

14912

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:20:55 PM horas del 21/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1000515928**

Apellidos y Nombres: **PAVA DURAN PAULA ANDREA**

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.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

CERTIFICADO

Por medio del presente me permito certificar que el señor (a) que se relaciona a continuación, entrego el Estudio de Seguridad Personal a la oficina de seguridad, como parte de la nómina de prestadores de servicios contratados para la vigencia 2025 para el Centro de Rehabilitación Hospitalaria:

APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	PROFESIÓN
PAULA ANDREA PAVA DURAN	1.000.515.928	ENFERMERA SUPERIOR

Se entrega esta certificación a los 1 días del mes de marzo del año 2025

Respetuosamente,

Cabo Primero ALBARRACIN ATUESTA JESUS DAVID
Suboficial Seguridad Militar CRH

Cra 46 # 20c-79
Bogotá, D.C
CRH@buzonejercito.mil.co

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 viernes 21 de febrero de 2025, a las 12:23:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1000515928
Código de Verificación	1000515928250221122348

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 264968103

PIB
12:28:34

Bogotá DC, 21 de febrero del 2025

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) PAULA ANDREA PAVA DURAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1000515928:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS WILLIAM RODRIGUEZ MILLAN
Jefe (C) 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

(https://www.policia.gov.co/)

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, 21/02/2025 12:46:48 p. m. para Nº. **1000515928**

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. **111056928** . 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

515 9000

Dios y Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

GOV.CO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141163660028

(415)7707212489984(8020) 000014116366002 8

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 0 5 1 5 9 2 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PAVA	DURAN	PAULA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 113 C # 143 A - 20 TO 13 APA 352

42. Correo electrónico: paulapava85@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 1 4 1	3 1 7 4 7 1 1 8 6 5	3 1 4 4 3 8 3 1 1 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 2 4 0 9 0 9							

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 2 0																									

20- Obtención NIT

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

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 PAVA DURAN PAULA ANDREA

985. Cargo Contribuyente

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

¿Dónde estoy?: **Inicio** | **Usuarios registrados**

Consulte su estado RUT.

REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO.

Por favor suministre los siguientes datos

NIT	1000515928	DV	1

Primer Apellido	PAVA	Segundo Apellido	DURAN
Primer Nombre	PAULA	Otros Nombres	ANDREA

Fecha Actual	21-02-2025 16:31:55
Estado	REGISTRO ACTIVO

Registro Activo: Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN.

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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

Editar

Información del usuario



Cargo Enfermera
Título Sra.
Nombre PAULA ANDREA
Apellidos PAVA DURAN
Fecha de Nacimiento 11/05/2002 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Usted pertenece a un grupo joven
Nivel Educativo Universitaria completa (con título)
Género Mujer
¿Tiene alguna discapacidad? ○ Sí ◉ No
Nombre y apellido PAULA ANDREA PAVA DURAN
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1000515928
Dirección CR 113C 143A 20
Código postal
Estrato 3
Ubicación Bogotá
País COLOMBIA
Correo electrónico paulapava85@gmail.com
Teléfono
Celular 3174711865

Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es tu apodo?
Respuesta PAULA
SMS para recuperar la contraseña 3174711865

Editar

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA
	Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1
	Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: MARZO 2025 Acta No.
ESM: ESM CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Sección CONSULTA EXTERNA

Tipo Vinculación: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL

Yo; PAULA ANDREA PAVA DURAN Identificado (a) con C.C. 1.000.515.928, me Comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe re enfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.
- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y a DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos bio ógicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

Firma Trabajador y/o Funcionario

C.c 1000 595.920

Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/D SAN/ESM

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 02/09/2024 12.09 PM

FECHA DE EXAMEN 30/08/2024 7.21 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	MEDISHI IPS S.O.	**e-mail:**	medishi@medishi.com
Teléfonos:	601 - 4432320 605 - 6438613	**Sede:**	SEDE PRINCIPAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	PAULA ANDREA			**Apellidos**	PAVA DURAN				
Identificación	CC	1000515928	**Edad**	22 Años	**Genero**	F	**Grupo sanguineo**	O +	
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	BOGOTA			**Fecha de nacimiento**	11/05/2002			
Estado civil	Soltero (a)	**Escolaridad**	Profesional	**Teléfonos**	3174711868				
Departamento	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**Dirección**	KR 113 C 143 A 20	**Estrato**	2		
EPS	ALIANSALUD E.P.S.								
ARL	NINGUNA			**Fondo de Pensiones**	NO REFIERE				

DATOS EMPRESA

EMPRESA	CLINICA CHIA SA		
CARGO	ENFERMERA JEFE		
FECHA DE INGRESO	30/08/2024	**JORNADA DE TRABAJO**	VARIABLE

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa

Nombre: Empresa contratante / Empresa en misión		**Tipo Actividad Empresa: contratante / en misión**						
CLINICA CHIA SA /		NO REFIERE						
Cargo	ENFERMERA JEFE	Horario	Diurno	N	Nocturno	N	Rotativo	
Antigüedad: en el Cargo / en la empresa / en el oficio		NUEVO / /						
Observaciones								

Exposición a Factores de riesgo Laborales

Tipo	Riesgo	Cargo	Expuesto	Protección
RIESGOS BIOLOGICOS	BIOLOGICO	ENFERMERA JEFE		
RIESGOS DE SEGURIDAD	INSTALACIONES	ENFERMERA JEFE		
RIESGOS ERGONOMICOS	MOVIMIENTOS REPETITIVOS	ENFERMERA JEFE		
RIESGOS ERGONOMICOS	POSTURA INADECUADA	ENFERMERA JEFE		
RIESGOS FISICOS	RUIDO	ENFERMERA JEFE		
RIESGOS FISICOS	ILUMINACION	ENFERMERA JEFE		
RIESGOS FISICOS	RADIACION NO IONIZANTE	ENFERMERA JEFE		
RIESGOS PSICOLOGICOS	PSICOSOCIAL DE LA PERSONA	ENFERMERA JEFE		
RIESGOS PSICOLOGICOS	PSICOSOCIAL DE LA ORGANIZACION	ENFERMERA JEFE		
RIESGOS PSICOLOGICOS	PSICOSOCIAL DE LA TAREA	ENFERMERA JEFE		

Accidentes de trabajo sufridos en la Empresa NO TIENE

Nombres y Apellidos PAULA ANDREA PAVA DURAN **Identificación** CC 1000515928

Enfermedades de origen profesional diagnosticadas en la Empresa NO TIENE

Reubicación Laboral en la Empresa NO TIENE

ANTECEDENTES FAMILIARES

Nombre	Concepto	Observaciones
ENFERMEDAD CONGENITA	NO REFIERE	
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	NO REFIERE	
ENFERMEDAD CORONARIA	NO REFIERE	
ASMA	NO REFIERE	
CANCER	NO REFIERE	
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE	
DIABETES	NO REFIERE	
OTROS	NIEGA OTROS ANTECEDENTES	

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
PATOLOGICOS	NO REFIERE	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE	
ENFERMEDAD CARDIO VASCULAR	NO REFIERE	
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE	
DIABETES MELLITUS	NO REFIERE	
HIPOGLICEMIA	NO REFIERE	
VERTIGOS – MAREOS	NO REFIERE	
ENFERMEDAD DE MENIERE	NO REFIERE	
ANEMIAS	NO REFIERE	
CONVULSIONES	NO REFIERE	
OTROS (CUALES):	NO REFIERE	
EPILEPSIA	NO REFIERE	
ENFERMEDAD MENTAL	NO REFIERE	
TRAUMA ACUSTICO	NO REFIERE	
HIPOACUSIA	NO REFIERE	
SORDERA	NO REFIERE	
EFECTOS DE REFRACCION QUE NO CORRIGE	NO REFIERE	
TUBERCULOSIS	NO REFIERE	
ARTRITIS	NO REFIERE	
LUMBALGIAS	NO REFIERE	
ALERGIAS	NO REFIERE	
RINITIS	NO REFIERE	
OTITIS	NO REFIERE	
SINUSITIS	NO REFIERE	
ASMA	NO REFIERE	
DERMATITIS	NO REFIERE	
CANCER	NO REFIERE	
VARICES	NO REFIERE	
ULCERA PEPTICA – GASTRITIS	NO REFIERE	
FOBIA A LAS ALTURAS	NO REFIERE	
HIPOTIROIDISMO	NO REFIERE	

OTROS

Nombre	Concepto	Observaciones
MEDICAMENTOS	NO REFIERE	
QUIRURGICOS	NO REFIERE	

Nombres y Apellidos PAULA ANDREA PAVA DURAN **Identificación** CC 1000515928

CARDIOVASCULAR

Nombre	Concepto	Observaciones
DOLOR PRECORDIAL	NIEGA	
LIPOTIMIA	NIEGA	
SINCOPE	NIEGA	
PALPITACIONES	NIEGA	
DISNEA	NIEGA	
VARICES	NIEGA	

GENITOURINARIO

Nombre	Concepto	Observaciones
DISURIA	NIEGA	
HEMATURIA	NIEGA	
NICTURIA	NIEGA	
POLIAQUIURIA	NIEGA	
ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL	NO APLICA	

DIGESTIVO

Nombre	Concepto	Observaciones
DOLOR ABDOMEN	NIEGA	
EPIGASTRALGIA	NIEGA	
DISPEPSIA	NIEGA	
ESTREÑIMIENTO	NIEGA	
DIARREA	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

DERMATOLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
DESCAMACION	NIEGA	
ERITEMA	NIEGA	
HIPERHIDROSIS	NIEGA	
PRURITO	NIEGA	
RESEQUEDAD	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

OTEOMUSCULAR

Nombre	Concepto	Observaciones
DOLOR ARTICULAR O LIMITACION	NIEGA	
ALTERACION MARCHA	NIEGA	
CERVICALGIA	NIEGA	
LUMBALGIA	NIEGA	
DORSALGIA	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

HEMATOLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
SANGRADO	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

RESPIRATORIO

Nombre	Concepto	Observaciones
TOS FRECUENTE	NIEGA	
DISNEA	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

PSIQUIATRICO

Nombre	Concepto	Observaciones
DEPRESION	NIEGA	
ANSIEDAD	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

ENFERMEDAD ACTUAL

Nombres y Apellidos PAULA ANDREA PAVA DURAN **Identificación** CC 1000515928

Nombre	Concepto
ENFERMEDAD ACTUAL	VALORACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO. EN EL MOMENTO REFIERE BUEN ESTADO GENERAL. NIEGA SINTOMATOLOGIA, NIEGA DOLORES OSTEOMUSCULARES.

ESTADO GENERAL

PRESION ARTERIAL	110/70	FRECUENCIA CARDIACA	60	RITMICO	RITMICO
TALLA	163	PESO	65	INDICE MASA	24.46
CLASIFICACION	Peso Normal	FRECUENCIA	14	PULSO	SIMETRICO
PERIMETRO ABDOMINAL	NO SE TOMA	COMPLEXION	MESOMORFO	TEMPERATURA	NO SE TOMA

EXAMEN FISICO

DOMINANCIA

Nombre	Concepto	Observaciones
DOMINANCIA	DIESTRO	

CABEZA

Nombre	Concepto	Observaciones
ASPECTO GENERAL	NORMAL	
PIEL Y FANERAS	NORMAL	
CABEZA	NORMAL	
CARA	NORMAL	

OJOS

Nombre	Concepto	Observaciones
GLOBO OCULAR	NORMAL	
PARPADOS	NORMAL	
CONJUNTIVAS	NORMAL	
ESCLEROTICAS	NORMAL	
PUPILAS	NORMAL	
CORNEAS	NORMAL	
FONDO DE OJO	NORMAL	
TAMIZAJE	NORMAL	

OIDOS

Nombre	Concepto	Observaciones
PABELLON	NORMAL	
OTOSCOPIA	NORMAL	

NARIZ

Nombre	Concepto	Observaciones
TABIQUE	NORMAL	
MUCOSAS	NORMAL	
CORNETES	NORMAL	
SENOS PARANASALES	NORMAL	

BOCA / FARINGE

Nombre	Concepto	Observaciones
LABIOS	NORMAL	
LENGUA	NORMAL	
FARINGE Y AMIGDALAS	NORMAL	
ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	NORMAL	
PALADAR	NORMAL	
DENTADURA	NORMAL	
OTROS	NORMAL	

CUELLO

Nombre	Concepto	Observaciones
CUELLO TIROIDES	NORMAL	

Nombres y Apellidos PAULA ANDREA PAVA DURAN **Identificación** CC 1000515928

HOSPITALARIOS	NO REFIERE	
TRAUMATICOS	NO REFIERE	
TOXICOS	NO REFIERE	
ALERGICOS	NO REFIERE	
FARMACOLOGICOS	NO REFIERE	
OTROS	NIEGA	
OBSERVACIONES	NIEGA OTROS ANTECEDENTES	

INMUNIZACIONES

VACUNAS

Nombre	Concepto	Observaciones
FIEBRE AMARILLA		NIEGA
HEPATITIS A		NIEGA
HEPATITIS B	1ra Dosis	
TETANO	1ra Dosis	
OTROS	VACUNACION PARA COVID 19 : 4 DOSIS	

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

MENARQUIA	11 AÑOS	CICLOS	28*4
FECHA ULTIMA MENSTRUACION	24/08/2024	FECHA ULTIMO PARTO	0
FORMULA OBSTETRICA	G0P0	GRAVIDA	0
CESAREA	0	ABORTO	0
ECTOPICO	0	MORTINATO	0
CITOLOGIA	NUNCA	PLANIFICACION	NO
METODO	NA		

HABITOS

TOXICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
FUMA	NO	
EXFUMADOR	NO	
ALCOHOL	NO	
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO	

¿PRACTICA ACTIVIDAD FISICA?

Nombre	Concepto	Observaciones
¿PRACTICA DEPORTE? / ¿CUAL?	NO	
FRECUENCIA		
LESIONES DEPORTIVAS	NO	

REVISION POR SISTEMAS

SENTIDOS

Nombre	Concepto	Observaciones
ALTERACION DE LA VISION	SI	USA GAFAS FORMULADAS
ALTERACION DE LA AUDICON	NIEGA	

NEUROLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
CEFALEA	NIEGA	
ALTERACION DE LA MEMORIA	NIEGA	
ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD	NIEGA	
ALTERACIONES MOTORAS	NIEGA	
ALTERACIONES DEL SUEÑO	NIEGA	
VERTIGO	NIEGA	
TINITUS	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

Nombres y Apellidos PAULA ANDREA PAVA DURAN **Identificación** CC 1000515928

TORAX

Nombre	Concepto	Observaciones
TORAX	NORMAL	

CARDIORESPIRATORIO

Nombre	Concepto	Observaciones
PULMONES	NORMAL	
CORAZON	NORMAL	

GASTROINTESTINAL

Nombre	Concepto	Observaciones
ABDOMEN	NORMAL	
HERNIAS	NO TIENE	

GENITOURINARIO

Nombre	Concepto	Observaciones
GENITALES EXTERNOS	NO EXPLORADO	

NEUROLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
PARES CRANEANOS	NORMAL	
SENSIBILIDAD	NORMAL	
REFLEJOS	NORMAL	
ROMBERG	NEGATIVO	
MARCHA EN LINEA	NEGATIVO	
ESFERA MENTAL	NORMAL	

VASCULAR PERIFERICO

Nombre	Concepto	Observaciones
VARICES (GRADO)	NO TIENE	

OSTEOMUSCULAR

Nombre	Concepto	Observaciones
MIEMBROS SUPERIORES	NORMAL	
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL	
TINEL DERECHO	NEGATIVO	
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO	
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO	
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO	
COZEN DERECHO	NEGATIVO	
COZEN IZQUIERDO	NEGATIVO	
YEGARSON DERECHO	NEGATIVO	
YEGARSON IZQUIERDO	NEGATIVO	
YOCUM DERECHO	NEGATIVO	
YOCUM IZQUIERDO	NEGATIVO	
NEER DERECHO	NEGATIVO	
NEER IZQUIERDO	NEGATIVO	

EXAMEN FISICO - EXAMEN DE COLUMNA

INSPECCION

Nombre	Concepto	Observaciones
INSPECCION	NORMAL	
SIMETRIA (PA)	NORMAL	
CURVATURA (LAT)	NORMAL	

PALPACION

Nombre	Concepto	Observaciones
PALPACION	NORMAL	
DOLOR	NO	

Nombres y Apellidos PAULA ANDREA PAVA DURAN **Identificación** CC 1000515928

ESPASMO	NO	

MOVILIDAD

Nombre	Concepto	Observaciones
MOVILIDAD	NORMAL	
FLEXION	NORMAL	
EXTENSION	NORMAL	
FLEXION LATERAL	NORMAL	
ROTACION	NORMAL	

MARCHA

Nombre	Concepto	Observaciones
MARCHA	NORMAL	
POLIGONO DE SUSTENTACION	NORMAL	
PUNTAS	NORMAL	
TALONES	NORMAL	

SIGNO

Nombre	Concepto	Observaciones
LASSEGUE	NEGATIVO	
PATRICK	NEGATIVO	

EXAMENES PARACLINICOS

EXAMENES DE LABORATORIO

Nombre	Concepto
INTERPRETACION MEDICO	TITULACION DE HEPATITIS B : MAYOR A 1000

EXAMENES AUXILIARES

Nombre	Concepto
AUDIOMETRIA	
OPTOMETRIA	AMETROPIA CORREGIDA CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE, NECESARIA PARA SU LABOR. CONTROL ANUAL.
VISIOMETRIA	
ESPIROMETRIA	
EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	
PRUEBA PSICOLOGICA	
ELECTROCARDIOGRAMA	
OTROS	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Z100 Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	H527: Trastorno de la refracción, no especificado
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	
DIAGNOSTICO 6	

CONCEPTO

Nombre	Concepto	Observaciones
CONCEPTO OCUPACIONAL	CUMPLE CON LOS REQUISTOS PARA EL CARGO - PRESENTA HALLAZGOS QUE NO INTERFIEREN CON SU TRABAJO	
CONCEPTO PARA CONDUCTORES	NO APLICA	

RECOMENDACIONES

Nombres y Apellidos PAULA ANDREA PAVA DURAN **Identificación** CC 1000515928

Nombre	Concepto
RECOMENDACIONES GENERALES	RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA 1. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN AREA DE TRABAJO 2. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL 3. CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA 4. MANEJO ADECUADO DE EQUIPOS E INSTRUMENTAL MEDICO 5. CUMPLIR NORMAS DE BIOSEGURIDAD 6. INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO A LOS RIESGO EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO 1. HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE 3. CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE, NECESARIA PARA SU LABOR. CONTROL ANUAL.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Nombre	Concepto	Observaciones
USO DE EPP CORRESPONDIENTES A LOS	NO	
HIGIENE POSTURAL	SI	
PAUSAS ACTIVAS	SI	
EJERCICIO HABITUAL	NO	
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	SI	
MANEJO DE ESTRES	NO	
DIETA BALANCEADA	SI	
USO DE CORRECCION OPTICA	SI	
EJERCICIO CIRCULATORIO	NO	

INGRESO A SVE

Nombre	Concepto	Observaciones
SVE (ERGONOMICO)	NO	
SVE (RUIDO)	NO	
SVE (BIOLOGICO)	NO	
SVE (RADIACION IONIZANTES)	NO	
SVE (PSICOLABORAL)	NO	
SVE (CARDIOVASCULAR-METABOLICO)	NO	
SVE (VISUAL)	NO	
SVE (RESPIRATORIO)	NO	

La Constitución Política de Colombia de 1991, Titulo II, "De los Derechos, las Garantías y los Deberes", artículos 15,18 y 20 hacen referencia a la intimidad, a la autonomía de las personas y a recibir información veraz e imparcial. Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981 se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente.

Artículo 15: "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente" El Ministerio de Salud a través del Decreto 3380 de 1981, reglamentario de la Ley 23 de 1981, define excepciones para la obtención del consentimiento informado y es así como en el artículo 11 se registra: "El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes allegados se lo impidan.

Toda persona, aunque esté enferma, debe continuar siendo considerada en principio libre y competente para decidir sobre su integridad y sobre su futuro y, por lo tanto, debe poder intervenir en las decisiones clínicas que le implican; esto determina el poder aceptar o denegar lo que se le propone después de que se le ha brindado la información suficiente para ello.

La ley 911 de octubre 5 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones" establece en el artículo 6°: "El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería".

Autorizo a los Profesionales de la IPS MEDISHI SAS. Medicina Seguridad e Higiene Industrial, a realizarme los exámenes médicos, paraclínicos, laboratorios y/o vacunación de acurdo a la solicitud de la Empresa Cliente y registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este examen médico, paraclínicos, laboratorios y /o vacunación. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos de los procedimientos a través de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de los procedimientos. Entiendo que la realización de estos procedimientos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mí, están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS MEDISHI SAS, Medicina Seguridad e Higiene Industrial, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo e Higiene Industrial y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Nombres y Apellidos PAULA ANDREA PAVA DURAN **Identificación** CC 1000515928

MEDISHI MEDICINA SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL SAS, identificada con NIT 800025199-7 y domicilio principal en la ciudad de Bogotá, debidamente autorizada por la Secretaria de Salud, para funcionar y prestar los servicios en salud, Es responsable del tratamiento de los datos personales sensibles de sus clientes, pacientes, prestadores, proveedores y colaboradores, sobre los cuales decida de forma directa y autónoma.

Yo PAULA ANDREA PAVA DURAN identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1000515928

Y conforme a la ley 1581 de 2012 y demás Decretos reglamentarios, autorizo a MEDISHI MEDICINA SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL SAS, para el tratamiento y manejo de mis datos personales sensibles el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular, actualizar y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios en salud, Además de mis nombres, apellidos y documento de identidad, los datos personales sensibles que se someten a tratamiento como la dirección, número de teléfono y correo electrónico

De claro que soy responsable de la veracidad de los datos suministrados. Así mismo autorizo a MEDISHI MEDICINA SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL SAS a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados.

Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular y de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y su Decretos reglamentarios.



MAGDA VANESSA VIDES MORALES
RM 1032359767 LIC RESOL
Firma y sello del Médico Evaluador

PAULA ANDREA
C.C 1000515928
Firma del trabajador Evaluado



FECHA DE EXAMEN 30/08/2024 8.15 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	MEDISHI IPS S.O.	**Nit:**	800025199-7
Dirección:	Calle 77 a No. 12-35	**e-mail:**	medishi@medishi.com
Teléfonos:	601 - 4432320 605 - 6438613	**Sede:**	SEDE PRINCIPAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	PAULA ANDREA			**Apellidos**	PAVA DURAN				
Identificación	CC	1000515928	**Edad**	22 Años	**Genero**	F	**Grupo sanguineo**	O +	
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	BOGOTA			**Fecha de nacimiento**	11/05/2002			
Estado civil	Soltero (a)	**Escolaridad**	Profesional	**Teléfonos**	3174711868				
Departamento	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**Dirección**	KR 113 C 143 A 20	**Estrato**	2		
EPS	ALIANSALUD E.P.S.								
ARL	NINGUNA	**Fondo de Pensiones**	NO REFIERE						

DATOS EMPRESA

EMPRESA	CLINICA CHIA SA		
CARGO	ENFERMERA JEFE		
FECHA DE INGRESO	AGOSTO 30	**JORNADA DE TRABAJO**	8 HORAS

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Nombre	Concepto
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO REFIERE

ANTECEDENTES VISUALES

Nombre	Concepto
ANTECEDENTES VISUALES	CORRECCION OPTICA PERMANENTE

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre	Concepto
ANTECEDENTES PERSONALES	NO REFIERE

ACCIDENTES OCULARES

Nombre	Concepto
ACCIDENTES OCULARES	NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL

Nombre	Concepto	Observaciones
ULTIMO EXAMEN	Entre 6 meses y 1 año	
USA RX	SI	PERMANENTE
INTERPRETACION		

SINTOMAS

Nombre	Concepto
SINTOMAS	NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL

VISION PROXIMA

Nombre	Concepto	Observaciones
SIN CORRECCION OD	0.50 m	

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación actividades administrativas y alternamente asistenciales pero que no realizan procedimientos DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-110
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:	Pava Duran	Nombres:	Paula Andrea
N° de Documento:	1000515928	Edad:	22 años
Genero:	Mujer: X	Hombre:	
Profesión u ocupación:	Enfermera profesional	Número de contacto:	3174111865
Correo electrónico:	paulapava85@gmail.com		

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA		DISAN EJC	X	DISAN ARC		JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar: CRH

Cargo al que aspira: Enfermera profesional.

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?	X	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE ACTIVIDADES ASISTENCIALES PERO QUE NO REALIZAN PROCEDIMIENTOS*

* Que por su labor atiende brotes, epidemias, etc. y tiene desplazamientos a los Establecimientos de Sanidad.
* Médicos auditores de concurrencia.

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO /N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE / N/A
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	SI	20-6-23
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	NO	
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	04-08-20
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	05-04-2022
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra 1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	SI	05-04-22
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1ra 1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema	NO	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON **ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE ACTIVIDADES ASISTENCIALES PERO QUE NO REALIZAN PROCEDIMIENTOS***

* Que por su labor atiende brotes, epidemias, etc. y tiene desplazamientos a los Establecimientos de Sanidad.
* Médicos auditores de concurrencia.

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO /N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE / N/A

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente; lo anterior teniendo en cuenta que de no seguir esta recomendación se interfiere en la respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES: Pendiente Fiebre amarilla, y neumococo

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI		NO	

VII APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI		NO	

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Yalya Corredor Peña

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Enfermera Jefe
UDCA

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certificó que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Firma del aspirante



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
PRIORIX				
Sarampión - Rubeola	Única	04-08-20	GSK	COLMEDICA Nidia.
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	04-08-20	R3C575Y 3/21	COLMEDICO
	2	05-09-20	R3M758	COLMEDICO Nidia
	3	05 03 21	0R3M26	Colmedica Bilen
	4	05 ABR. 2022	AC3T033 AA	
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	04-08-20	AHBVC828AB	9/21 Nidia R
	2	05-09-20	AHBVC828AB	09/2021.
	3	05 03 21	Colmedica	Bilen
AB	4	05 ABR. 2022	REVAC-B 1B20018A 31/10/2023	
~~Antimábica~~	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20.6.23	230046	Jazmin R
Otras	DPT →	05 ABR. 2022	AC3T033 AA	
	VARICELA	04-08-20	A70CD352A	9/20 Nidia R.
	REFUERZO VA	04-02-21	A70FD438A	12/21 Nidia R.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	A	26 Febrero 2023	Pfizer.	Ab3880	Soledad Norte.	Diana Castro	1019052662
	2						

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Paula Andrea
Apellidos: Pava Duran
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1000515928
Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 05 Año 2002

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Paula Andrea

Apellidos: Pava Duran

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1000515928

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 05 Año 2002

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	09-06-2021	P. fizer	EY0574	Hospital San Jose	Yudy Moreno	1148206298
	2	01-07-2021	P. fizer	EA9100	H.S.J	Milena Martinez	52753813
	3	31 ENE 2022	Astrazeneca	LM0279	Turno	Vigente hasta fecha AUXILIAR DE ENFERMERIA	

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) PAULA ANDREA PAVA DURAN identificado(a) con CC 1000515928 registra La siguiente información:

2024-08-28-1:17:06 PM

Información Académica

UNV	Local	ENFERMERIA	2024-07-26	1000515928	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

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).

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

ANEXO G. DATOS GENERALES

Quien suscribe PAULA ANDREA PAVA DURAN, mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.000.515.928 de BOGOTA, actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado – Universidad	PAULA ANDREA PAVA DURAN C.C 1.000.515.928 de BOGOTA
Hace parte reserva activa	SI [ ] NO [X] Indique causal de retiro [ ] Solicitud propia [ ] Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. [ ] Por llamamiento a calificar servicios. [ ] Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. [ ] Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. [ ] Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio. [ ] Por incapacidad profesional. [ ] Por retiro discrecional.

	[ ] Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI Indique cual COLPENSIONES
Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Contratante D SAN DMSOC
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Carrera 113 C N° 143ª-20TORRE 13 APTO 352
Teléfono fijo - Teléfono celular	3174711865
Entidad bancaria y No De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: DAVIVIENDA Sucursal: BOGOTA No. de Cuenta: 0550488415736997 Ahorros [X] Corriente [ ]
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: N/A Tel. Celular: 3174711865
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	Paulapava85@gmail.com
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Contratista N/A
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	N/A
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	N/A
Pertenezco al régimen tributario	Común__ Simplificado _X_
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA_x_ Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (ADRES), en las condiciones establecidas por esta entidad.

Pago de pensión	NOTA 2: APLICA _x_ NO APLICA__ El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ___ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	SOLTERA
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	N/A Empresa - entidad en la cual labora o presta servicios – NIT tel. contacto Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC -FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI [ ] Especifique: NO [X]
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos (0)

Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	Grado de consanguinidad Cargo que desempeña NO _x__
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI [ ] Especifique: NO [X]

Firma: _____

Nombres y Apellidos Completos: Paula Andrea Pava Duran

Numero de Documento: 1.000.515.928 de Bogotá

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
CENTRO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

CONCEPTO PSICOLÓGICO

DATOS PERSONALES

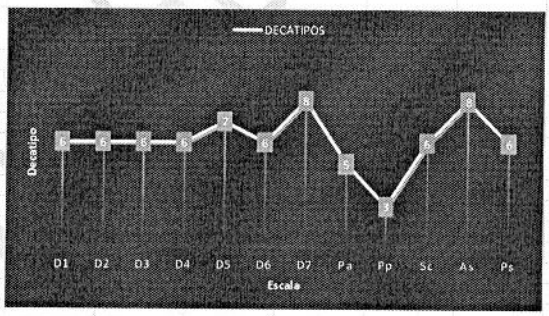
NOMBRE	:	PAULA ANDREA PAVA DURAN
EDAD	:	30 AÑOS
UNIDAD DESTINO	:	CRH
PROFESION	:	JEFE DE ENFERMERIA
FECHA DE VALORACIÓN:		MARZO DE 2025

RESULTADO PRUEBA PSICOLÓGICA.

ADULTAS

NOMBRE:	PAULA ANDREA PAVA DURAN	FECHA:	25/03/2025
EDAD:	22	CALIFICADOR:	ANDREA MORALES

ESCALA	PUNTUACIÓN DIRECTA	DECATIPOS
D1	2	6
D2	2	6
D3	11	6
D4	9	6
D5	7	7
D6	9	6
D7	6	8
Pa	4	5
Pp	9	3
Sc	3	6
As	15	8
Ps	5	6



ESCALA DE VALIDEZ	PUNTUACIÓN
ESCALA V	0

Se realiza entrega de consentimiento informado, donde se manifiestan los objetivos de la aplicación de Cuestionario de Análisis Clínico" (CAQ), con el fin de evaluar 12 variables clínicas de la personalidad. De igual manera se verifica información por medio de entrevista semiestructurada.

PERFIL PSICOLÓGICO: FAVORABLE

Los resultados arrojan un puntaje normal en la escala de veracidad considerándose válidos para el análisis. Los decatipos evaluados se ubicaron en el promedio en relación a los baremos identificados para su rango de edad.

Se da a conocer un perfil caracterizado por: Ser una persona satisfecha con la vida, con una actitud normal frente al riesgo y la excitación, no muestra tendencias paranoicas, no presenta rasgos marcados en cuento a conductas atípicas o de rechazo social sin motivos aparentes y no muestra tendencias a conductas obsesivas y/o comportamientos fóbicos u otros que impidan un adecuado funcionamiento en su entorno laboral.

La aspirante al cargo se encuentra orientada en tiempo, persona y espacio; APA adecuada, red de apoyo sólida, no presenta alteraciones en áreas de ajuste, cuenta con capacidad de adaptación, estrategias de afrontamiento y tolerancia a la frustración.

Teniendo en cuenta lo anterior, se da un concepto favorable a la profesional, ya que cuenta con un perfil psicológico adecuado para el funcionamiento del cargo al cual aspira.

Andrea Morales G

SMSM. Andrea Morales Guarín

Psicóloga Talento Humano CRH

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO DE SELECCIÓN MODALIDAD CONTRATACION DIRECTA CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERA SUPERIOR EN LA SECCIÓN DE CONSULTA EXTERNA CRH.

Ante la opinión pública nacional e internacional, yo: por una parte, **ENFERMERA SUPERIOR, EN EL DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE,** actuando en nombre propio, en este proceso de contratación, y por la otra los **FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO-DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE**, que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión y definición, hemos acordado suscribir el presente "**PACTO DE INTEGRIDAD**", teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO-DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**, con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.
2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.
3. Ganar la adjudicación del contrato.
4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.
5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por el contratista y pactados con el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO-DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**.
6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.
7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.
8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

Dentro de este marco, los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de

acuerdo con las leyes colombianas

1. El contratista participante y **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE** asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial competitivo y no sujeto a abuso.

A los oferentes les complace confirmar que:

a) No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y
b) No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. El contratista comprende la importancia material de estos compromisos para **EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**.

Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES DEL **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**, también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptaran, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte del contratista participante a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. El contratista desarrollará sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de "No" Soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.
3. Este compromiso se presenta en nombre de los oferentes participantes.
4. Con respecto a la presentación de las propuestas los oferentes participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el proceso.
5. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998.

De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.

Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser Magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

Cra 46 # 20c-79
Bogotá, D.C.
cna@bzonejercito.mil.co

6. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cobije el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:
   a) Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.
   b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.
   c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.
   d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el participante favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.

El efecto jurídico señalado en los sub-numerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos, en los sub-numerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

7. Adicionalmente, todos los jefes del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE**, se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.
8. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE** podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.
9. El contratista declarará públicamente que conoce y acepta las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las

modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.

10 El DISPENSARIO MÉDICO SUR OCCIDENTE acepta que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.

11. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. El contratista participante denunciará ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, los **FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE,** firman el presente documento en Bogota, D.C , a los 12 días del mes de enero del año dos mil veinticuatro (2025).

FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO- DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE.

CS, LAURA DOMINGUEZ SOLAQUE
JEFE DE CONSULTA PRIORITARIA CRH, Y/O QUIEN HAGA SUS VECES

OFERENTE:

NOMBRE	FIRMA
PAULA ANDREA PAVA DURAN ENFERMERA SUPERIOR	

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 10:59:08 horas del 22/02/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1000515928,** Apellidos y Nombres **PAVA DURAN PAULA ANDREA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1** , con NIT **830039670-5** 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.

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1000515928 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 22/02/2025 10:52 AM

Código Verificación: **WQ7G5AC9K6**

Válida hasta: **23/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC