PROMOVER

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
	ETAPA PREPARATORIA					
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA	2	X			
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo	3-11	X			SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	12	X			SUPERVISOR
	ETAPA PRECONTRACTUAL					
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II	13	X			
5	PROPUESTA	14	X			
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)	15	X			SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL	16-18	X			
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA	19-20	X			
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%	21	X			
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	22	X			
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	23	X			
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	24	X			
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	25	X			
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	26	X			
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)	27-34	X			
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	35	X			
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	36	X			
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)	37-39	X	Faltan algunos documentos de este punto.		
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE **BIENES Y RENTAS** Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019	40-43	X			
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURÍDICA (revisado previamente por el área encargada)	44-45	X			
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)	46	X			SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)	47	X			SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)	48-49	X			
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)	50-51	X			
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)	52	X			
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)	53-62	X			
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	63	X			
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	64-	X			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)		X			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO		X			
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				X	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				X	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				X	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)		X			

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)		X			
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-politica de humanización en conjunto con el programa de humanización)		X			
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)				X	
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)		X			
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA				X	
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%		X			
27,14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)		X			
27,15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)		X			
27,16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)		X			
27,17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)		X			
27,18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)		X			
27,19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)		X			
27,2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)		X			
27,21	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)		X			
27,22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION		X			
27,23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)		X			
27,24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)		X			
27,25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN		X			
27,26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		X			
27,27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	-131	-X			
27,27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL	137	X			SUPERVISOR
	ETAPA CONTRACTUAL					
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
	TOTAL FOLIOS					

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

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

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

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

ENTREGA

RECIBE **REVISA**

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

NOMBRE DE LA EMPRESA/CONTRATISTA	PROMOVER SAS		NIT	809002913-3	CORREO ELECTRONICO	direccioncomercial@promoversas.com.co
DIRECCIÓN PRINCIPAL	WORLO TRADE CENTER OFICINA 1006 - 1007		TELEFONO OFICINA	6082739402		
CORREO ELECTRONICO EMPRESAS/CONTRATISTA	direccioncomercial@promoversas.com.co		CERTIFICADO CAMARA DE COMERCIO NUMERO	98211		

INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER NOMBRE	ADRIANA		SEGUNDO NOMBRE	MILENA					
PRIMER APELLIDO	PARDO		SEGUNDO APELLIDO	VIÑA					
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	6/08/1974	LUGAR DE NACIMIENTO	IBAGUE		TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	X	CE	
NÚMERO DE DOCUMENTO	65,762,622	LUGAR DE EXPEDICIÓN	IBAGUÉ		CELULAR	3175099795		TELEFONO	6082739402

ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACION DE DOCUMENTOS	SI	X	NO		NÚMERO DEL CONTRATO	2024-0220	FECHA DE TERMINACION	15/01/2025

LISTADO PERSONAS CONTRATADAS PARA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE COMPETO	NUMERO DE CEDULA	PROFESION	ESPECIALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEDE DONDE PRESTA LOS SERVICIOS	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	EPS	PENSION	ARL	NUMERO DE POLIZA MEDICA VIGENTE (SI APLICA)
HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL	1104544243	AUXILIAR DE ENFERMERIA		14/03/2004	20	PROMOVER SAS	3154288452	vacunacion@promoversas.com.co	SALUD TOTAL	PORVENIR	POSITIVA	N/A
ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA	33068606	AUXILIAR DE ENFERMERIA		14/09/1976	48	PROMOVER SAS	310 4755560	vacunacion@promoversas.com.co	NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA	N/A

2

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

E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	
ESTUDIO PREVIO SELECCIÓN DE CONTRATACIÓN	
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL	
Fecha de elaboración del Estudio previo	Mayo de 2025
Nombre del funcionario que diligencia el Estudio previo	NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMAN
Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato	Unidad Funcional de Internación Médica
Dependencia solicitante	Unidad Funcional de Internación Médica
Tipo de Contrato	Prestación de Servicios
Presupuesto Oficial	$ 15.510.000
Rubro del Presupuesto Oficial	2.4.5.02.09.9.3.1.9.9.01 OTROS SERVICIOS SANITARIOS N.C.P

Descripción de la Necesidad	
Justificación	El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E. es una entidad referente Departamental de la red pública de mediana y alta complejidad en el Tolima, el cual presta servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo, Secretaría de Salud Departamental y Secretaría de Salud Municipal, Entidades de Régimen Especial (Policía Nacional, Ejército, PPL), además de las necesidades de otras entidades prestadoras del servicio de salud, teniendo en cuenta que es la única Institución Pública que presta servicios de alta complejidad en el Departamento del Tolima. Dentro del modelo de atención por procesos del Hospital Federico Lleras Acosta, se cuenta con el proceso de Prestación de Servicios de Internación Médica, del cual hacen parte los servicios de atención de partos y Unidad de Cuidado Intensivo Neonata UCIN, en los cuales debe garantizarse la vacunación con las primeras dosis del recién nacido, de acuerdo a las disposiciones de la normatividad vigente en atención en salud. En cumplimiento de su misión y en procura de salvaguardar el derecho fundamental a la atención integral en salud de todos los usuarios que como entidad del Estado tiene el Hospital, se llevan a cabo las acciones necesarias que den cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 en donde se establece la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; de igual forma a partir de la adopción de la Política de Atención Integral en Salud PAIS por medio de la resolución 0429 de 2016, se contempla como componente operativo la implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS que corresponden a aquellas herramientas de uso obligatorio por parte de los diferentes integrantes del SGSSS, entre otros, Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades territoriales, prestadores de servicios de salud, en las que se establecen las condiciones necesarias para a asegurar la integralidad en salud. Para garantizar el cumplimiento de las atenciones en salud del recién nacido, se establece la RIAS materno-perinatal la cual es adoptada por medio de la Resolución

	3280 de 2018, en donde se establece que se deben realizar vacunación al recién nacido durante la Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos, según las disposiciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones con una dosis de BCG y una dosis de anti Hepatitis B. De conformidad con lo establecido en el Manual de contratación y en cumplimiento de los principios establecidos en el artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, se realiza el presente análisis de Conveniencia y oportunidad PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES durante Ocho (8) meses contados a partir del cumplimiento de los requisitos de legalización del contrato. Se requiere garantizar la atención diaria del recién nacido, brindando educación en el cuidado integral de la salud, de acuerdo a los procesos asistenciales establecidos en la institución; la revista en los servicios de internación médica y sala de partos debe realizarse antes de la 10 de la mañana a la totalidad de los recién nacidos siguiendo la indicación médica en el inicio del esquema de vacunación. Es indispensable el compromiso con el cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación de conformidad a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, proponiendo las acciones de mejora continua de acuerdo a la normatividad vigente, mediante la participación activa en la documentación, socialización y evaluación continua, generando atención humanizada, segura y de calidad al paciente y su familia. El contratista deberá atender los pacientes que acuden a la institución para atención en VACUNACION DEL RECIEN NACIDO que de acuerdo a la normatividad vigente son BCG y anti Hepatitis B primera dosis, ofertando dicho servicio las 24 horas del día, para lo cual se deben realizar los procedimientos propios del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI con calidad, oportunidad y eficiencia, dando cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, y las directrices emanadas desde las entidades territoriales en salud departamental y municipal.
Descripción y Especificaciones del objeto a contratar	
Objeto del Contrato	PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E.

Identificador con el clasificador de bienes y servicios		
segmento	80	Servicios de Salud, servicios profesionales.
familia	10	Práctica Médica
Clase	15	Servicios de Médicos Especialistas
Producto 1		

Especificaciones Técnicas	Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento: El servicio de vacunación se realizara bajo la modalidad de contratación por evento, el cual se compone de la aplicación a cada recién nacido atendido en sala de partos del Hospital Federico Lleras Acosta de las dosis correspondientes al recién nacido de acuerdo al esquema del PAI (aplicación vacuna BCG y hepatitis B del recién nacido); cada dosis de biológicos – será reconocida por un valor de CINCO MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($5.904.00), teniendo en cuenta que dicho procedimiento

	incluye de forma integral todas las actividades necesarias para garantizar la prestación del servicio en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E, las cuales se describen a continuación: • Disponibilidad 24 horas del servicio de vacunación para los recién nacidos que se encuentran en el Hospital Federico Lleras Acosta. • Personal calificado en los últimos dos (2) años en la aplicación de vacunas y en esquema de vacunación de acuerdo al Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. • Disponibilidad de los inmunobiológicos BCG y anti Hepatitis B, para su correspondiente aplicación en el Hospital Federico Lleras Acosta, cumpliendo con los lineamientos de cadena de frio emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que se asegure la correcta conservación, almacenamiento y transporte de vacunas, bajo estándares de calidad. • Disponer de todos los insumos y materiales necesarios para la aplicación de los inmunobiológicos, incluyendo los equipos de protección personal del talento humano vacunador y los elementos para garantizar la correcta disposición de residuos peligrosos y no peligrosos producto de la actividad. • Entregar a las madres, padres o cuidadores de los recién nacidos el carné de vacunación con las dosis aplicadas debidamente diligenciadas, dejando soporte de la actividad en la historia clínica. • Garantizar todas las actividades administrativas producto de la vacunación dentro de las que se encuentran: a) Consolidado de base de datos de los recién nacidos vacunados mes a mes. b) Resultado de la validación de la base de datos de recién nacidos vacunados frente a los nacidos vivos del Hospital Federico Lleras, en la cual coincida la información de los recién nacidos vacunados y se encuentren las observaciones de los casos especiales que no fueron vacunados en el mes vigente (fallecidos, bajos de peso para la vacunación, remitidos, entre otros). c) Registro en la PAI-WEB de los recién nacidos vacunados durante el mes vigente, coincidente con la base de datos de recién nacidos vacunados. Seguimiento de los casos especiales que no fueron vacunados en el mes vigente, anotando las acciones realizadas para garantizar la vacunación de los menores.
Plazo del Contrato	Seis (6) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.
Lugar de Ejecución del Contrato	Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.
Forma de Pago	**MODALIDAD: POR EVENTO** **El contratante pagará el valor del contrato de la siguiente manera:** El recién nacido vacunado de acuerdo al programa ampliado de inmunización (PAI) dosis de biológico: CINCO MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE ($5.904.00) cada una, teniendo en cuenta que el proveedor incluye su recurso humano, los equipos e insumos biológicos requeridos para garantizar la prestación del servicio. Para el pago, el CONTRATISTA deberá aportar la siguiente documentación: Para el pago, el CONTRATISTA deberá aportar la siguiente documentación:

	1. Informe de Producción (reporte de actividades realizadas durante el mes: relación de turnos realizados durante el mes. Debe estar al día con el registro de los hechos vitales de acuerdo a información que suministre el técnico de estadística). 2. Certificado de paz y salvo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales del correspondiente periodo. 3. Informe de supervisión 4. Acta de inicio (primera cuenta). 5. Afiliación a la ARL (primera cuenta). 6. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de acuerdo al periodo certificado. 7. Factura de acuerdo a las normas tributarias PARAGRAFO 1: En los contratos de prestación de servicios de salud en caso de mora en el pago por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima Empresa Social del Estado, la mora se generará a partir de la solicitud que realice en contratista a la entidad y se cancelará solo un interés de mora del 0,1%. PARAGRAFO 2: El contratista deberá cumplir con las condiciones señaladas en la forma de pago, por ningún motivo el contratista podrá presentar más de dos cobros o facturas, en un mismo mes. PARAGRAFO 3: El valor del contrato se cancelará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la radicación de la factura. PARAGRAFO 4: El corte de recibo de facturas es el 25 de cada mes. Si no presenta la factura antes del 25, se entenderá que fue presentada el primer día hábil del mes siguiente.
VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANALISIS ECONOMICO JUSTIFICADO	
El valor Estimado para la presente contratación es de:	**QUINCE MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS ($ 15.510.000) MCTE**

ESTUDIOS DE MERCADO

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

GARANTIAS DEL CONTRATO:

	Tipo o Clase de Garantía	Cobertura o Niveles de Amparo	Valores	Vigencia	

GARANTIAS DEL CONTRATO	Cumplimiento del contrato:	Para procaver los perjuicios que se deriven del incumplimiento de las obligaciones contractuales incluidas las multas y la cláusula penal que se pacten en el contrato.	El valor de esta garantía debe ser de por lo menos el diez por ciento (10%) del valor del contrato.	La garantía de cumplimiento del contrato debe tener una vigencia del plazo total del contrato más 6 meses.
	Responsabilidad civil Extracontractual	para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato su cuantía se establecerá	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV.	La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato.
	Póliza de responsabilidad médica:	Para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV.	vigencia corresponderá al plazo del contrato.
	Calidad del bien del servicio	Para procaver los perjuicios que se deriven de la falta de calidad en la ejecución de las actividades que se demuestren durante la ejecución del contrato o incluso después de ésto.	El valor de la garantía deberá ser por lo menos del 20% del valor del contrato.	La vigencia será por el término de ejecución del contrato y un año más
	De pago de salarios, prestaciones sociales o indemnización	Cubrir a la entidad pública asegurada de los perjuicios que se le ocasionen como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista garantizado, frente al personal requerido para la ejecución del contrato amparado.	Su cuantía será de por lo menos el Cinco por ciento (5%) del valor del contrato.	Plazo total del contrato y tres (3) años más.

Obligaciones del Contratista	**ACTIVIDADES GENERALES** 1. Obrar con diligencia en los asuntos a él encomendados. 2. Diligenciar de los registros de su competencia: historia clínica electrónica, ordenes médicas, evoluciones médicas, epicrisis, diligenciamiento de incapacidades médicas, registro de nacido vivo y registro de defunción, fichas epidemiológicas de eventos de interés en salud pública con calidad y oportunidad; cumpliendo con las normas sobre manejo de la historia, documentos clínicos y sobre la confidencialidad de la información o el secreto profesional, para tener documentado el proceso asistencial. 3. Asistir, preparar, presentar, analizar, construir y ejecutar los planes de mejoramiento de casos de interés en salud pública, seguridad del paciente, solicitudes de las entidades pagadoras y de control donde sea convocado. 4. Brindar debida respuesta oportuna a los requerimientos efectuados por los entes de control, por entidades y/o personas que así lo soliciten. 5. Realizar el registro de los hechos vitales en RUAF con calidad y oportunidad y realizar las correcciones de las inconsistencias que se identifiquen de manera inmediata cuando se requieran por parte de estadistica o del supervisor del contrato. En caso de no obtener respuesta se considera incumplimiento del objeto del contrato. 6. Registrar diariamente los procedimientos, actividades e intervenciones realizados a los pacientes, con sus respectivos códigos, con el fin de mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, incluyendo

	los formatos especiales tales como el NO-POS, MIPRES, RUAF, RIPS etc. 7. En lo que le corresponda a la Historia Clínica de un paciente, ésta debe ser el reflejo exacto y completo de las condiciones de salud de aquel, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 1.995 del año 1.999, expedida por el Ministerio de la Protección Social y las demás normas que regulen la materia, por lo cual el contratista se obliga a elaborar una Historia Clínica que reúna las siguientes características: COMPLETA: Esto es que contenga la totalidad de la información relevante sobre los antecedentes del paciente, diagnóstico, tratamiento y en general que se consigne de manera clara e integra la información que requiere un profesional de la medicina para conocer y atender en forma adecuada a una persona. COHERENTE: La Historia Clínica es un documento que elaboran varias personas a lo largo del tiempo. El contratista entiende que cada anotación es un elemento integrante de un todo y se obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite elementos importantes a las siguientes. SUSTENTADA: La Historia Clínica debe estar soportada en estudios científicos. 8. Realizar la debida clasificación y diligenciamiento en la historia clínica y demás herramientas que disponga la entidad para la clasificación de CIE-10 y la codificación CUPS correctas según resolución 2336 de 2023 o la norma que las modifiquen, La presente obligación será medida con el fin de garantizar la calidad de la información para el cumplimiento de los objetivos en el proceso de la radicación de las facturas de reconocimiento y pago de los servicios prestados por parte de las diferentes EAPB, teniendo en cuenta a normatividad Decreto 780 de 2016, aplicación de la resolución RIPS resolución 2275 de 2023. 9. El contratista acepta conocer que el ejercicio de la profesión médica está enmarcado dentro de unos criterios científicos generalmente aceptados y apartarse injustificadamente de ellos puede ser un indicio en contra de la diligencia e idoneidad del profesional. 10. El contratista debe desarrollar el contrato cumpliendo con los estándares de habilitación y calidad establecida en la normatividad legal vigente, so pena de dar por terminado el contrato en caso de no ser así. 11. Mantener comunicación con usuarios, familia y equipo de salud sobre el estado de salud del paciente y el plan de atención, para lograr la adherencia al tratamiento. 12. Actualizar, socializar, conocer y aplicar las guías de atención médica, establecidas en la institución, propias de la especialidad médica que soporte el actuar médico, las tomas de decisiones y las conductas. 13. Realizar el proceso de obtención y diligenciamiento del consentimiento informado para todos los procedimientos o tratamientos que lo requieran. 14. Asistir y recibir capacitación en aspectos relacionados de su especialidad y administrativos, que respondan al direccionamiento estratégico institucional con el fin de mantenerse actualizado para la prestación del servicio con calidad. 15. Asistir a las reuniones programadas por la institución, incluyendo comités de infecciones, revisiones de caso, comités de morbimortalidad, complicaciones quirúrgicas y anestésicas. 16. Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en las RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS): 1.- RIA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD en el curso de vida, 2. RIA MATERNO PERINATAL 17. Garantizar que las ayudas diagnósticas ordenadas durante la ruta de atención del paciente de los diferentes servicios se interpreten en la historia clínica. 18. Para efectos de los recobros de la glosa, estos operarán cuando las objeciones superen el 2% de la facturación, por debajo de esta cifra no habrá recobro al CONTRATISTA, esto sin perjuicio del análisis que se haga de las mismas para implementar los planes de mejoramiento. El procedimiento de recobros tendrá en cuenta los siguientes aspectos: 1. Cuando la glosa sea por no pertinencia demostrada, se glosará el total de los honorarios de la misma. 2. Cuando la glosa sea

por condiciones del manual contratado, como mayor valor cobrado, se descontará al CONTRATISTA la diferencia entre el mayor valor cobrado y el valor reconocido. En general aplicarían las condiciones del manual contratado, se aplicará el 100% de la glosa de honorarios en lo que exceda en relación con el valor facturado por el CONTRATISTA. 3. Para las demás causas de glosa se aplicará si supera el 2% de la facturación.

19. Las respuestas de las glosas de pertinencia deberán ir sustentadas en las guías de manejo integral del Hospital.
20. Cuando se identifique que durante la auditoría de la cuenta hubo un mayor valor cobrado pagado al especialista, se descontará la diferencia de los honorarios.
21. Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el Hospital cuenta con firma digital, por lo tanto, todo contratista asistencial debe registrar su firma en el área de sistemas; solo a través de este procedimiento se puede firmar la historia clínica. Esto da a la historia clínica el carácter de documento privado, identifica el autor de cada anotación y precisa el momento en que cada profesional interviene. Es responsabilidad del contratista el manejo y confidencialidad de su clave y es responsable por el uso indebido por parte de terceras personas a quien le sea dada a conocer la clave por el contratista.
22. Desarrollar las actividades según la agenda definida previamente, garantizando el cumplimiento de los estándares de productividad mínima. El incumplimiento de esta generara la no cancelación de las actividades no realizadas y si el incumplimiento es reiterativo se impondrán las multas que se encuentren en el contrato.
23. Reportar en los formatos establecidos para tal fin, los incidentes o eventos adversos que identifique durante su trabajo en la institución y participar en los análisis y elaboración de los planes de mejoramiento cuando sea necesario.
24. Reportar al coordinador de la Unidad Funcional las necesidades de recursos, con el soporte técnico científico, con el objeto de garantizar la oportunidad y continuidad del servicio.
25. Custodiar los elementos, materiales y equipos asignados a su área, con el fin de lograr el uso racional de los mismos.
26. Emitir conceptos o peritajes medicolegales y asistir a las citas relacionadas con responsabilidad médica, con el fin de cumplir con las obligaciones como auxiliar de la justicia.
27. Participar en el desarrollo de los planes, programas y proyectos de su unidad funcional y especialidad, para contribuir al cumplimiento de la plataforma estratégica institucional.
28. Participar en comités y grupos en los que haya sido incluido para el desarrollo de la plataforma estratégica.
29. Cumplir y hacer cumplir todas las normas de bioética y ética establecidas, para garantizar el respeto de los derechos de los pacientes y el ejercicio responsable de la profesión.
30. Conocer y aplicar los elementos del Modelo Estándar de Control Interno o del Modelo Integral de Planeación y Gestión y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que integran el Sistema de Gestión del Hospital "SIG" y en general todas las normas y reglamentos ejerciendo autocontrol, autogestión y auto regulación, en todas las actividades que se realicen durante el desarrollo del objeto contractual.
31. Portar el carné de identificación; los costos de estos los asume el contratista, en caso de no usarlos, se considera incumplimiento del contrato.
32. Utilizar y portar todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades y propender por el autocuidado de su salud y el cuidado de la salud de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades
33. En caso de disminución en la demanda de servicios, daños estructurales o mejoras de las mismas, o cualquier otra novedad que disminuya la capacidad instalada en el momento de la prestación del servicio, la Institución informará en un plazo no menor a

	un (1) día calendario, la no necesidad del servicio, notificándole telefónicamente y/o vía electrónica y solo se pagaran las horas efectivas ejecutadas durante el desarrollo de las actividades del objeto contractual. 34. En caso de incumplimiento reiterativo del objeto contractual debidamente documentado por el supervisor del contrato, el Hospital podrá de manera unilateral dar por terminado el respectivo vínculo contractual. 35. Actuar con honestidad, responsabilidad, amabilidad, disciplina y excelente atención al paciente hospitalizado, médicos internos y residentes y demás personal de institución. El maltrato físico o verbal a cualquier persona será causa de terminación unilateral del contrato. 36. Estar a paz y salvo con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral. El salario base de cotización con el cual debe realizar el aporte mensual como trabajador independiente, deberá corresponder como mínimo al 40% del valor facturado al hospital en el respectivo mes. En el caso de personas jurídicas se deberá anexar la planilla de pago de nómina del correspondiente mes; en caso de no tener empleados se aportará la certificación del contador donde conste que se encuentra al día en el pago de la seguridad social en cumplimiento del de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007. 37. Teniendo en cuenta que la docencia y la investigación son ejes fundamentales del actuar de la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, EL CONTRATISTA se obliga a desarrollar el objeto del presente contrato permitiendo el desarrollo de las actividades docentes propias de los convenios docencia-servicio suscritos por EL CONTRATANTE. 38. Realizar las demás actividades que surjan con ocasión de la ejecución del presente contrato, previamente avaladas por la supervisión del presente contrato **ATENCION EN PLAN CANGURO** **ACTIVIDADES ESPECÍFICAS:** ➢ Vacunación diaria con disponibilidad 24 horas, de todos los recién nacidos que se encuentran en la institución (hospitalización, sala de partos y uci neonatal), de acuerdo a los procesos asistenciales establecidos por el Hospital, revisando la información disponible para evitar que se presenten eventos adversos por revacunación de neonatos. ➢ Validación del registro de vacunación mensual de recién nacido frente a los nacidos vivos en el Hospital para verificar la cantidad de casos que debieron recibir vacunación. ➢ Realizar entrega a las madres, padres o cuidadores de los recién nacidos el carné de vacunación con las dosis aplicadas debidamente diligenciadas, dejando soporte de la actividad en la historia clínica. ➢ Registro en la PAI-Web de las dosis aplicadas y registro en historia clínica así como entrega de carnet de vacunación. ➢ Compromiso con el cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación, proponiendo las acciones de mejora continua de acuerdo a la normatividad vigente, mediante la participación activa en la documentación, socialización y evaluación continua, generando atención humanizada, segura y de calidad al paciente y su familia.
Obligaciones de la E.S.E.	• Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato • Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley • Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte.

Plazo de liquidación del contrato	El término de que disponen las partes para liquidar los contratos de mutuo acuerdo, será de cuatro (4) meses contados a partir de la finalización del plazo de ejecución señalado en el mismo, de no realizarse dentro del término previsto se aplicará a lo dispuesto en el Estatuto de contratación. Igualmente debe tenerse en cuenta que para aquellos de ejecución instantánea como los de prestación de servicios profesionales, no se requiere la liquidación de contrato, conforme lo dispone el decreto 019 de 2012.
Fundamentos Jurídicos de Modalidad de Selección	El marco legal del proceso de selección y de las obligaciones que se deriven de su adjudicación, está conformado por la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por el estatuto de contratación de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, las normas orgánicas de presupuesto, las disposiciones cambiarias, y las demás normas concordantes con la materia, que rijan y lleguen a regir los aspectos del presente proceso de selección.
Justificación de los factores de selección	Para el caso de selección directa se tendrá en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación del Hospital, en el numeral 7.2. CAPITULO VI: DE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN EN LOS QUE LA ENTIDAD ACTÚA COMO OFERENTE Y CONTRATISTA en el enciso 7.4.7. Contratación Directa B) SIN IMPORTAR CUANTÍA, numeral 10) Para la contratación de Prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la gestión o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales.
Condiciones de cumplimiento para la contratación.	PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON CERTIFICACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE INMUNOBIOLÓGICOS CON SEIS MESES DE EXPERIENCIA. Garantizar el suministro de los inmunobiológicos de forma continua, así como insumos y materiales necesarios para la administración del mismo. Contar con los elementos, medios de transporte y demás requisitos establecidos por el ministerio de salud y protección social para la conservación de la cadena de frio de los inmunobiológicos. Suministrar los elementos de papelería necesarios para llevar registro de las actividades derivadas del proceso de vacunación a los recién nacidos, incluyendo los carné de vacunación que se entregan a la madre, padre o cuidador principal del menor.
Estimación, tipificación y asignación de riesgos previsibles	El Hospital Federico Lleras identifica los siguientes riesgos asociados al proceso de contratación:

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

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

Categoría	Valoración	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		1	2	3	4	5
Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto
Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo
Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias	5	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo

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

MECANISMOS DE COBERTURA:

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

8

DEFINICIONES:

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

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

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

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

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

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

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

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad
1	General	Interno	Ejecución	Operacional	Ocurre cuando se presentan demoras por parte de la Entidad en las aprobaciones previas de los productos y/o informes desarrollados por el contratista.	Afecta el cumplimiento de las obligaciones del contratante a cargo del Supervisor del contrato, relacionadas con la aprobación de productos y/o informes, y genera retraso en el trámite de pago a favor del contratista.	Moderado	Moderado	Medio	Media

2	General	Interno	Contratación	Financiero	Se presenta cuando la entidad no cuenta con los recursos para pagar el valor del contrato en los plazos establecidos.	Genera mora de la entidad en el pago que puede afectar al contratista, hasta el punto de romper la ecuación económica del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja
3	General	Externa	Ejecución	Regulatorio	Se presenta por la expedición de normas que impongan nuevos tributos, impuestos o cargas parafiscales, que pueden afectar el equilibrio económico del contrato.	Genera una carga adicional a las previstas, que puede afectar a cualquiera o a las dos partes del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja
4	General	Externa	Ejecución	Financieros	Los efectos derivados de las variaciones en los precios de mercado de los elementos a suministrar.	Afecta la entrega oportuna de los elementos objeto de compra	Probable	Alto	Alto	Alto

Forma de Mitigarlo:

No.	¿A quién se le	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento			económico del	Persona responsable por implementar el tratamiento	Monitoreo y revisión	
			Probabilidad	Impacto	Calificación			¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	FEDERICO LLERAS	Aplicación de las disposiciones legales y ajuste de los procesos internos de la entidad.	Raro	Insignificante	Baja	No	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	Cumplimiento de procedimientos y fechas pactadas de entrega.	Permanente
2	FEDERICO LLERAS	El supervisor informará de manera oportuna fechas previstas de pagos, para programación de los recursos.	Raro	Insignificante	Baja	No	Supervisor – Contratista	Seguimiento a la ejecución del contrato y entrega oportuna de la documentación requerida.	Permanente

9

	3	CONTRATISTA	El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta.	Raro	Insignificante	Baja	No	Contratista	Validación régimen de impuestos.	Al elaborar la propuesta
	4	CONTRATISTA	El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta.	Raro	Alto	Alto	No	Contratista	Verificación de los precios unitarios ofrecidos acorde con el movimiento del mercado en 1 año.	Al elaborar la propuesta

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN FINANCIERA

Soporte técnico y económico del valor estimado del contrato

Variables consideradas para calcular el presupuesto oficial	Los valores asignados para este tipo de contratación son de acuerdo a la proyección presupuestal para la vigencia fiscal 2025.
Aspectos a considerar en el valor de la Propuesta	El valor de la propuesta deberá incluir el ítem más el valor del IVA para quienes estén obligados y con las consideraciones de valor de los bienes y elementos a contratar, así como los descuentos de ley establecidos en la ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA. Se entiende que los bienes o servicios suministrados cumplen con las normas vigentes nacionales y las internacionales que para tal caso rigen.
Informes y evaluación:	El futuro contratista deberá presentar informes en los que dé cuenta de las actividades desarrolladas, con la siguiente periodicidad: mensuales, los cuales deben estar aprobados por el supervisor del contrato. La Entidad Estatal contratante se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, informes sobre la ejecución del contrato y los avances, junto con los documentos que lo soportan. La Entidad Estatal contratante evaluará periódicamente el desempeño del Contratista durante el desarrollo del objeto contractual, con arreglo a los criterios de evaluación que haya aprobado para el efecto.
Declaraciones del contratista	El futuro contratista hace las siguientes declaraciones: Conoce y acepta los Documentos del Proceso Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato. Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente. El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás

	contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato. El oferente manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilicita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. En caso de adjudicación del contrato el oferente se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, asi como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños. En caso de adjudicación del contrato autoriza al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, verificar los títulos y demás documentos presentados en la oferta.
Responsabilidad :	El contratista en caso de salir adjudicatario será responsable por el cumplimiento del objeto contractual y será responsable por los daños que ocasionen sus empleados, los empleados de sus subcontratistas, al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE DE IBAGUE TOLIMA en la ejecución del objeto Contractual.
Propiedad Intelectual:	Si de la ejecución del futuro contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a Hospital Federico Lleras Acosta de conformidad con lo establecido en el Articulo 20 de la Ley 23 de 1982. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados a Hospital Federico Lleras Acosta por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros.
Confidencialidad	En caso de que exista información sujeta a reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. Para el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, la Historia Clínica de los Pacientes gozan de Reserva Legal.
Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato:	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el contrato en caso de ser adjudicado, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto contractual
Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato:	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el Contrato, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato. Terminación anticipada del contrato: Procede por: a. Por mutuo acuerdo entre las partes. b. Por declaratoria de caducidad del contrato por parte del CONTRATANTE en la forma y en los efectos previstos en el art 18 de la ley 80 de 1993. c. Por decisión autónoma de cualquiera de las partes en cualquier tiempo, dando aviso por escrito a la otra con por lo menos treinta (30) días de anticipación. d. Por evaluación no satisfactoria del CONTRATISTA. e. El reporte del contratista en la listas nacionales e internacionales que establecen la relación de personas que de acuerdo al organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo. Modificación concertada: Cualquier decisión que modifique la relación contractual inicialmente pactada, no será válida sin la aprobación conjunta y por escrito de las partes contratantes

10

	Suspensión temporal del contrato: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la vigencia del contrato mediante la suscripción de un acta en donde conste el evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. Cuando estas circunstancias afecten las obligaciones del Contratista para ser aceptadas, este deberá comunicarlo por escrito al contratante dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del hecho con la debida comprobación. Se entiende por fuerza mayor o caso fortuito las situaciones contempladas y definidas por el art 1 de la ley 95 de 1890
Multas	En los contratos se incluirán las sanciones por incumplimiento del contratista como son la cláusula penal pecuniaria por un valor equivalente al 20% del valor total del contrato en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista; las multas diarias y sucesivas hasta por diez (10) días equivalente al 0.2% del valor total del contrato en caso de incumplimiento parcial al objeto del contrato la cual debe aplicarse antes de la terminación del plazo de ejecución de este último
Caducidad	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, se reserva el derecho de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios administrativos profesionales, conforme a los estipulado en el art 18 de la ley 80 de 1993
Cláusula Penal	Las partes contratantes convienen pactar como sanción pecuniaria el equivalente al 20% del valor estipulado en el contrato, en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE para que descuente el valor de la sanción pecuniaria del saldo que tenga el contratante a favor del CONTRATISTA
Independencia del Contratista	Como la prestación del servicio por ejecutar se desarrolla con autonomía e independencia del CONTRATISTA la celebración del presente contrato no constituye relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y aquel, por consiguiente no genera derechos, emolumentos o prestaciones pecuniarias distintas de las pactadas en la cláusula séptima del presente contrato. EL CONTRATISTA actúa de manera autónoma e independiente y no tiene vínculos laborales con EL HOSPITAL, garantizando la prestación de servicios objeto del presente contrato por sus propios medios, asumiendo sus propios riesgos, con plena libertad y autonomía técnica y directiva. En consecuencia, no está subordinado al HOSPITAL, por tal razón las personas que llegue a designar y/o contratar para la ejecución del presente contrato actúan bajo su exclusiva dirección y responsabilidad, estando a su cargo la totalidad de los salarios, prestaciones sociales, servicios y demás cargas laborales que pudieren generarse, así como todos los demás gastos en que incurra en ejecución del presente acuerdo.
Cesión	El Contratista no puede ceder parcial ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente Contrato sin la autorización previa y por escrito de Hospital Federico Lleras Acosta. Si el Contratista es objeto de fusión, escisión o cambio de control Hospital Federico Lleras Acosta contratante está facultada a conocer las condiciones de esa operación. En consecuencia, el Contratista se obliga a informar oportunamente a Hospital Federico Lleras Acosta contratante de la misma y solicitar su consentimiento. Si la operación pone en riesgo el cumplimiento del Contrato, Hospital Federico Lleras Acosta exigirá al Contratista, sus socios o accionistas una garantía adicional a la prevista en la cláusula 18 del presente Contrato. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, el Hospital Federico Lleras Acosta puede válidamente oponerse ante la autoridad correspondiente a la operación de fusión o escisión empresarial o cambio de control. El Contratista no podrá ceder parcial o totalmente el contrato sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la entidad CONTRATANTE
Indemnidad	El Contratista se obliga a indemnizar al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, con ocasión de la violación o el incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente Contrato. El Contratista se obliga a mantener indemne a Hospital Federico Lleras Acosta de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como

	causa sus actuaciones hasta por el monto del daño o perjuicio causado. El Contratista mantendrá indemne a Hospital Federico Lleras Acosta por cualquier obligación de carácter laboral o relacionado que se originen en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el Contratista asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato.
Caso Fortuito y Fuerza Mayor	Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana.
Solución de Controversias	Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y la Entidad Estatal contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del Contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente Contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se resolverán mediante: Conciliación: Cuando la controversia no pueda arreglarse de manera directa debe someterse a un procedimiento conciliatorio que se surtirá ante el centro de conciliación de la ciudad de Ibagué, previa solicitud de conciliación elevada individual o conjuntamente por las Partes. Si en el término de ocho (8) días hábiles a partir del inicio del trámite de la conciliación, el cual se entenderá a partir de la fecha de la primera citación a las Partes que haga el centro de conciliación, las Partes no llegan a un acuerdo para resolver sus diferencias, deben acudir a la jurisdicción contencioso administrativa.
Notificaciones	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del Contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregados personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones respectivas establecidas en el SECOP II.
Supervisión	La Supervisión del presente contrato estará a cargo PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE INTERNACIÓN MÉDICA o quien haga sus veces de la entidad CONTRATANTE, quién deberá controlar su ejecución y cumplimiento, conforme los deberes y obligaciones impuestos en virtud de la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción). Adicionalmente a esta, informarán al CONTRATISTA sobre las actividades a desarrollar de acuerdo con el objeto contratado. Hacer recomendaciones y sugerencias que puedan surgir en la ejecución del mismo y en general ser intermediario entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. PARÁGRAFO: La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratista a favor del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, deberá presentar informes mensuales que contengan la descripción de las actividades efectivamente ejecutadas
Reclamos:	Los reclamos que las partes contratantes consideren pertinentes a deberán presentarse por escrito, recibida la reclamación, la parte requerida deberá pronunciarse dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la misma, y si guarda silencio se entenderá que la reclamación fue aceptada o aprobada.
Legislación:	El presente contrato se regirá por las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las cláusulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.
Auditoria:	La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorias en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP)

	(ARL) (EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Convienen las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista.
Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT	1) EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilicita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. 2) EL CONTRATISTA, se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, provengan, de actividades ilicitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo.3) En todo caso, si durante el plazo de vigencia del contrato, EL CONTRATISTA, algunos de sus administradores, socios o administradores llegaren a ser (I) vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo. (II) Incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o (III) Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos ; o IV) llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos, EL CONTRATANTE tiene el derecho de terminar unilateralmente el contrato sin que por este hecho esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a EL CONTRATISTA. 4) De la misma forma, EL CONTRATISTA, declara que los recursos que incorpora para el desarrollo del Objeto contractual, proceden de actividades completamente licitas.5) EL CONTRATISTA, se obliga expresamente a entregar a EL CONTRATANTE, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que EL CONTRATANTE requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula, EL CONTRATANTE tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica surgida.6) EL CONTRATISTA, manifiesta que conforme a lo anterior autoriza al Contratante la consulta y verificación en cualquier base de datos, listas restrictivas y públicas.
Gastos:	Los gastos que ocasione la legalización del contrato en caso de adjudicación del contrato a cargo del Contratista.
Publicación:	Conforme lo estatuido en el Decreto 019 de 2012, la contratación de la E.S.E., deberá ser publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública-SECOP II - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente.
Domicilio Contractual	Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué
Estampillas	ESTAMPILLAS SEGÚN ORDENANZA 020 DE 2018-PARRAGRAFO: Queda excluidas del cobro de estampillas departamentales los contratos cuya fuente de financiación sean los recursos provenientes del sistema general de participación en salud a aquellos contratos

	que tengan por objeto la prestación de servicios profesionales, asistenciales y técnicos para la atención y recuperación de la salud, así como los contratos de suministros de medicamentos, insumos hospitalarios y en general, cualquier suministro de bienes, dispositivos y equipos médicos requeridos por las entidades de salud para el cumplimiento de ese mismo fin.
Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.	Ver documento adjunto

Responsable,

NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMÁN
Profesional Especializada Área Salud
Unidad Funcional de Internación Médica
Hospital Federico Lleras Acosta

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: GF-FR-067
		Versión: 03
	FORMATO SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL	Vigente desde: 30/06/2023
		Página: 1 de 1

Fecha: Ibagué,

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Número del Contrato: 2025-

Nit: 809.002.913-3

Contratista: PROMOVER SAS

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.9.9.01

Nombre Rubro Presupuestal: OTROS SERVICIOS SANITARIOS N.C.P

Certificado de Disponibilidad Presupuestal a afectar:

Valor: $15.510.000

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E. por seis (6) meses a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMÁN
Coordinadora Unidad Funcional Internación Médica

Autorización Ordenador del Gasto:

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ am ___ pm___

Diligenció

Nombre: *Alejandra Martínez* Firma:

Fecha:

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

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	Representante Legal
Título	Dr(a)
Nombre	ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nivel Educativo	
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Sí ○ No
Nombre y apellido	ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	65782622
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	direccioncomercial@promoversas.com.co
Teléfono	
Celular	3144566925

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	INGRID
SMS para recuperar la contraseña	3144566925

Editar

Ibagué,

Doctora
MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta ESE
Ibagué-Tolima

Referencia: Propuesta Prestación de Servicios

Teniendo en cuenta que el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. en cumplimiento de su misión y considerando que la Unidad Funcional Internación Médica requiere de servicios para el desarrollo de los procesos y procedimientos de atención en VACUNACION AL RECIEN NACIDO y considerando que es la única Institución de mayor complejidad en el departamento del Tolima , que tiene diferentes contratos con la EPS, EPS-S, Secretaria de Salud del Tolima, Aseguradoras entre otros, debiendo cumplir con calidad, oportunidad , eficiencia y en procura de salvaguardar el dicho fundamento a la salud por estar en conexidad con la vida de todos los usuarios que ingresan par a el manejo de sus patologías, de la manera más respetuosa me permito presentar propuesta para la prestación de los servicios de VACUNACION AL RECIEN NACIDO para lo cual pongo a su disposición mi hoja de vida, en la cual se evidencia mi profesionalismo y amplia experiencia en esta área.

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

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

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

Manifiesto bajo la gravedad del juramento lo siguiente:

1. Que cuento con la capacidad suficiente para ejecutar el objeto y las especificaciones de la presente propuesta.
2. Que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para licitar o contratar consagradas en las disposiciones contenidas en la Constitución Política, en el artículos 8º de la Ley 80 de 1993 y el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás disposiciones legales vigentes sobre la materia. (En caso de tratarse de un consorcio o unión temporal deberá manifestarse que ninguno de sus integrantes se encuentra en dicha situación).
3. Que no tengo parientes en la planta interna y/o externa en los cargos directivo, ejecutivo y/o asesor de la E.S.E.

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

5. Que el régimen tributario al cual pertenezco es régimen ordinario.

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

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

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

9. Que el valor total de la propuesta es la suma de ***QUINCE MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL PESOS ($15.510.000) MCTE Plazo 6 meses.***

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

Además, manifiesto:

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

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

Según la modalidad de contratación establecida, se propone la disponibilidad de manejo de cuadro de turnos, que permita suplir las necesidades de la E.S.E. para lo cual se pasará disponibilidad los últimos 5 días de cada mes.

Cordialmente,

Adriana M Pardo V

ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
REPRESENTANTE LEGAL
NIT. 809.002.913

Federico Lleras Acosta
EL HOSPITAL DE TODOS
Nit: 890706833-9

Ibagué,

Señores
PROMOVER SAS
Ciudad

Respetado Señor,

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

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

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

Cordialmente,

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente

16

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

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

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 0 9 MES 0 8 AÑO 1 9 7 4

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

WORLD TRADE CENTER OFICINA 1006

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

TELÉFONO 2739402 EMAIL adrianampardo@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*				*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
PRESENCIAL	9	X		TERAPEUTA RESPIRATORIA	12	1	9	9	7	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
PROMOVER S.A.S.		X	COLOMBIA

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

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

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	23	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	23	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento IBAGUÉ, 21 DE ABRIL DE 2025

Adriana M. Pardo V.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN	PROMOVER S.A.S.		
SIGLA	PROMOVER S.A.S.	NIT No.	809.002.913-3
PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:		PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:	
ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____	TIPO: [ ][ ] (VER AL RESPALDO)	CLASE [1][6] (VER AL RESPALDO)	
DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA	PAÍS: COLOMBIA	DEPARTAMENTO: TOLIMA	
MUNICIPIO: IBAGUÉ	DIRECCIÓN: WORLD TRADE CENTER OFICINA 1006 - 1007		
TELÉFONOS: 2739402 EXT. 121	FAX:	APARTADO AÉREO:	

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

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

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

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

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

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

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

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

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

OBSERVACIONES:

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

FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
ADRIANA M. PARDO V.	21 DE ABRIL DE 2025

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

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

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE	CIUDAD Y FECHA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA
(LEY 190 DE 1995 Y LEY 443 DE 1998)
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA: Este Formato Único de Hoja de Vida debe ser diligenciado por toda persona jurídica, aspirante a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración, independientemente de su término de duración.

INSTRUCCIONES GENERALES:
Antes de comenzar a diligenciar este formato tenga en cuenta las siguientes instrucciones :
- Escriba en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro.
- Las fechas deben ir en números arábigos.
- Si requiere ampliar la relación de los contratos de prestación de servicios, utilice una hoja en blanco.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

I. Identificación:
En el caso de que la entidad o sociedad sea pública, especifique:

ORDEN: Marque con "X" si es del orden nacional (NAL), departamental (DPTL), distrital (DIST), municipal (MPL) u otro (OTRO). Si marca esta última, aclare a qué otro orden corresponde.

TIPO: Escriba el código de la entidad o sociedad, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	TIPO
O1	MINISTERIO O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
O2	SUPERINTENDENCIA O UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
O3	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO
O4	ENTE UNIVERSITARIO AUTÓNOMO O EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
O5	EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO
O6	SOCIEDAD DE ECONOMÍA MIXTA
O8	OTRO

En el caso de que la entidad o sociedad sea privada, escriba la CLASE a que pertenece, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	CLASE
11	SOCIEDADES COMERCIALES E INSTITUCIONES FINANCIERAS
12	SOCIEDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO
13	SOCIEDADES CIVILES
14	ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES
15	SOCIEDADES EXTRANJERAS (SUCURSALES Y FILIALES)
16	OTRA

II. Servicios:
Relacione los principales servicios que ofrece su entidad o sociedad, de acuerdo con el objeto social.

III. Experiencia y Situación Actual:
En orden cronológico establezca los contratos de prestación de servicios que su entidad o sociedad ha realizado, escribiendo el nombre de la entidad contratante, si es pública o no, indicando su número telefónico, la fecha de terminación o conclusión del servicio y el valor del contrato, en pesos colombianos.

IV. Representante Legal o Apoderado:
Relacione el nombre y la identificación del Representante Legal o Apoderado. Establezca su capacidad de contratación aprobada por estatutos. Marque con X "si" o "no" está incurso, como representante legal o apoderado, dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad existentes. Firme este formato para que la información declarada en él tenga validez. Recuerde anexar los documentos que respaldan su contenido, incluyendo el Certificado de Representación Legal o de Apoderado.

21

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

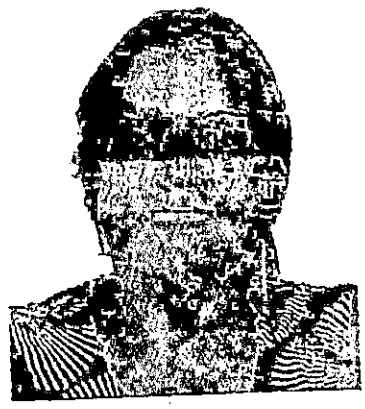
NUMERO **65.762.622**

PARDO VIÑA

APELLIDOS

ADRIANA MILENA

NOMBRES



Adriana M. Pardo V.

FIRMA



INDICE DERECHO

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

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

29-OCT-1992 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

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

22

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14886195176

(415)7707212489984(8020) 000001488619517 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 5 7 6 2 6 2 2

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 4 C 33 20 BRR CADIZ

42. Correo electrónico promovertesoreria@yahoo.es

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [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 PARDO VIÑA ADRIANA MILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 08 de abril de 2025, a las 15:25:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	65762622
Código de Verificación	65762622250408152518

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

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 268455325

PIB
19:48:05
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de abril 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) ADRIANA MILENA PARDO VIÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65762622:

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 Política 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 Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:03:53 PM horas del 08/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **65762622**

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

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141162775604

(415)7707212489984(8020) 000014116277560 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
Persona jurídica 1			

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

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

35. Razón social
PROMOVER SAS

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico contabilidad@promoversas.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
7 3 0 0 0 1	6 0 8 2 7 3 9 4 0 2	3 1 5 3 9 1 7 7 3 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 3 0 2 0 7	8 7 1 0	2 0 1 3 0 2 0 7	8 6 2 1			4

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [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 PARDO VIÑA ADRIANA MILENA

985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 02/04/2025 - 09:59:50
Recibo No. H000057981, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN AX13xDGSDM

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : PROMOVER SAS
Nit : 809002913-3
Domicilio: Ibagué, Tolima

MATRÍCULA

Matrícula No: 98211
Fecha de matrícula: 05 de marzo de 1997
Ultimo año renovado: 2025
Fecha de renovación: 14 de marzo de 2025
Grupo NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CR 9 NO. 57-15 OF 1006 -1007 WORLD TRADE CENTER IBAGUE - Urb rincon de piedra pintada
Municipio : Ibagué, Tolima
Correo electrónico : contabilidad@promoversas.com.co
Teléfono comercial 1 : 6082739402
Teléfono comercial 2 : 3153917736
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CR 9 NO. 57-15 OF 1006 -1007 WORLD TRADE CENTER IBAGUE - Urb rincon de piedra pintada
Municipio : Ibagué, Tolima
Correo electrónico de notificación : contabilidad@promoversas.com.co

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por Escritura Pública No. 582 del 03 de marzo de 1997 de la Notaria 3a. De Ibague de Ibague, inscrito en esta Cámara de Comercio el 05 de marzo de 1997, con el No. 22079 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada PROMOVER LTDA.

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 02/04/2025 - 09:59:50
Recibo No. H000057981, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN AX13xDGSDM

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

REFORMAS ESPECIALES

Por Acta No. 63 del 02 de octubre de 2017 de la Junta de Socios de Ibague, inscrito en esta Cámara de Comercio el 01 de noviembre de 2017, con el No. 65427 del Libro IX, se inscribió TRANSFORMACION DE LA SOCIEDAD DEL TIPO DE LAS LIMITADAS AL TIPO DE SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA DENOMINANDOSE PROMOVER S.A.S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá por objeto principal la promoción de negocios; con ello, la realización de todas y cada una de las operaciones y actos de comercio autorizados por el Código de Comercio Colombiano y en especial la posesión y explotación del patrimonio que ostenta. La Sociedad podrá desarrollar actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud, tales como: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad; asesoría; implementación y desarrollo de programas de salud ocupacional. Asesorías en procesos de descentralización municipales; auditoria medica; prestación de servicios asistenciales de salud en el primer, segundo, tercer y cuarto nivel de atención; importación y comercialización de material médico quirúrgico, comercialización de equipos médicos como odontológicos, rayos x y de laboratorio; servicio de traslados en ambulancia (Transporte terrestre), medicalizada y básica. Por tanto, en desarrollo de su objeto podrá la sociedad invertir en acciones, bonos, valores bursátiles, cuotas y partes de interés; podrá además realizar inversión en bienes muebles y/o inmuebles urbanos y/o rurales y la adquisición, administración, arrendamiento, gravamen o enajenación de los mismos. Además, podrá realizar inversiones en otras empresas. Podrá Obtener, desarrollar, y/o explotar concesiones y privilegios de cualquier naturaleza, como patentes de invención. En desarrollo de este objeto social la sociedad podrá: a) adquirir, enajenar, gravar los bienes muebles e inmuebles: que requiera el giro de los negocios; b) organizar y administrar los establecimientos que requiera el giro ordinario de los negocios; c) Contratar préstamos, con o sin intereses, girar, endosar, aceptar, garantizar, cobrar, descontar títulos valores y en general celebrar todas las operaciones relacionadas con objetos de comercio que sean necesarias y útiles al desarrollo de los negocios sociales; d) celebrar con establecimientos de crédito y con compañías aseguradoras las operaciones inherentes al cumplimiento de las actividades sociales; e) adquirir empresas con objeto similar o igual; f) formar parte de sociedades comerciales establecidas o que se establezcan en el país; g) transigir, desistir o someter a decisión arbitral las cuestiones en que tenga interés la sociedad frente a terceros o a sus asociados; h) celebrar el contrato de mandato y/o agencia comercial; i) Invertir en entidades del sector financiero, debidamente autorizadas, los superávits de efectivo que tenga la sociedad; j) Celebrar cualquier tipo de contrato comercial con cualquier persona

natural y/o sociedad nacional o extranjera, participar en licitaciones, enajenar, adquirir, tomar o dar en arrendamiento, entregar en garantía bienes de la sociedad para obligaciones propias, recibir bienes en garantía, recibir y entregar bienes en dación en pago. k) girar, aceptar, endosar, suscribir, protestar, todo tipo de títulos valores. l) hacer parte de otras sociedades, por adquisición, enajenación o cualquier otra modalidad que la ley prevea, representarlas, servirles de agente comercial, representante, corredor, y celebrar cualquier tipo de contrato con ellas, y m) en general cualquier otra actividad comercial lícita, complementaria o no, de las actividades antes descritas.

PARAGRAFO: La empresa ejercerá su objeto de manera directa, también lo podrá realizar a través de terceros o en convenios con ellos.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	$ 80.000.000,00
No. Acciones	80.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	$ 80.000.000,00
No. Acciones	80.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	$ 80.000.000,00
No. Acciones	80.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La sociedad tendrá un Gerente quien será su Representante Legal, tendrá a su cargo la administración y gestión de los negocios sociales con sujeción a la Ley, a estos Estatutos, así como a los reglamentos y decisiones de la Asamblea de Accionistas; éste a su vez tendrá un Gerente Suplente - Representante Legal Suplente, quien remplazara en sus ausencias temporales o definitiva al gerente representante legal.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

El Gerente - representante legal, podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad, Sin limitaciones de cuantía. Frente a

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 02/04/2025 - 09:59:50
Recibo No. H000057981, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN AX13xDGSDM

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

las contrataciones con las entidades a las cuales la empresa preste sus servicios, reciba ingresos o le pueda generar ingresos y no obligaciones económicas, frente a la suscripción de los mismos; así como, también con ocasión a los desembolsos o erogaciones de dineros correspondientes al giro normal del negocio. Ahora bien, tendrá Una limitación de cuantía: Frente a los desembolsos o erogaciones que No correspondan al giro normal del negocio, a la ejecución del objeto social de la empresa o a los desembolsos habituales de su operación; casos en los cuales, el monto de los pagos o de tales erogaciones, no podrá exceder de: Cincuenta (50) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV). Por último, Requerirá de la autorización o aprobación de la Asamblea de Accionistas de la Sociedad: Para realizar actos y/o negocios que: a) No siendo del giro normal u ordinario del negocio, representen desembolsos que superen conjunta o separadamente, la cuantía de Cincuenta (50) SMLMV y b) enajenar o transferir activos de la sociedad bajo título alguno o constituir gravamen sobre los mismos y/o comprometer la responsabilidad de la empresa para garantizar obligaciones propias de la sociedad, de los accionistas, o de terceros; no podrá realizar tales operaciones, sin previa ratificación de la Asamblea de accionista, en la que se haya encontrado presente, por lo menos una persona con acciones de voto múltiple, mientras estas existan. El Gerente Suplente, Representante Legal Suplente, cuando sustituya al Gerente, Representante Legal Principal, tendrá las mis facultades señaladas para este último en el presente Artículo de los estatutos sociales; siendo también aplicable a este, las limitaciones señaladas para el ejercicio de las funciones de quien actúe como Gerente, Representante Legal de la sociedad.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 70 del 18 de marzo de 2022 de la Asamblea De Accionistas, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 17 de mayo de 2022 con el No. 80672 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	ADRIANA MILENA PARDO VIÑA	C.C. No. 65.762.622
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE	PAMELA SOFIA CORTES PARDO	C.C. No. 28.540.064

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 12 del 11 de febrero de 2010 de la Junta de Socios, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 03 de mayo de 2010 con el No. 41322 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	MARTHA LILIANA RUBIO ROMERO	C.C. No. 38.256.584	31609

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 02/04/2025 - 09:59:50
Recibo No. H000057981, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN AX13xDGSDM

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Acta No. 56 del 30 de mayo de 2013 de la Asamblea De Accionistas, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 08 de julio de 2013 con el No. 51432 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL SUPLENTE	SANDRA LILIANA ZABALETA IDARRAGA	C.C. No. 65.765.774	59252-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
*) E.P. No. 1455 del 27 de abril de 1998 de la Notaria 3a. De Ibague Ibagué	24001 del 04 de mayo de 1998 del libro IX
*) E.P. No. 3189 del 18 de septiembre de 1998 de la Notaria 3a. De Ibague Ibagué	24541 del 22 de septiembre de 1998 del libro IX
*) E.P. No. 575 del 16 de marzo de 1999 de la Notaria 3a. De Ibague Ibagué	25319 del 26 de marzo de 1999 del libro IX
*) E.P. No. 1348 del 22 de junio de 1999 de la Notaria 3. De Ibague Ibagué	25765 del 21 de julio de 1999 del libro IX
*) E.P. No. 1348 del 22 de junio de 1999 de la Notaria 3. De Ibague Ibagué	25765 del 21 de julio de 1999 del libro IX
*) Acta No. 26 del 25 de septiembre de 2000 de la Junta De Socios	27308 del 09 de octubre de 2000 del libro IX
*) E.P. No. 1470 del 11 de julio de 2000 de la Notaria 3_ De Ibague Ibagué	27455 del 01 de diciembre de 2000 del libro IX
*) E.P. No. 1470 del 11 de julio de 2000 de la Notaria 3_ De Ibague Ibagué	27455 del 01 de diciembre de 2000 del libro IX
*) E.P. No. 1470 del 11 de julio de 2000 de la Notaria 3_ De Ibague Ibagué	27455 del 01 de diciembre de 2000 del libro IX
*) E.P. No. 1470 del 11 de julio de 2000 de la Notaria 3_ De Ibague Ibagué	27455 del 01 de diciembre de 2000 del libro IX
*) E.P. No. 1661 del 16 de julio de 2004 de la Notaria Tercera Ibagué	32235 del 27 de julio de 2004 del libro IX
*) E.P. No. 650 del 28 de marzo de 2005 de la Notaria Tercera Ibagué	33260 del 29 de marzo de 2005 del libro IX
*) E.P. No. 1340 del 30 de mayo de 2006 de la Notaria Tercera Ibagué	35117 del 11 de julio de 2006 del libro IX
*) E.P. No. 425 del 26 de febrero de 2008 de la Notaria Tercera Ibagué	37745 del 11 de marzo de 2008 del libro IX
*) E.P. No. 1917 del 25 de julio de 2012 de la Notaria Tercera Ibagué	49459 del 26 de julio de 2012 del libro IX
*) Acta No. 63 del 02 de octubre de 2017 de la Junta De Socios	65427 del 01 de noviembre de 2017 del libro IX
*) Acta No. 63 del 02 de octubre de 2017 de la Junta De Socios	65428 del 01 de noviembre de 2017 del libro IX
*) Acta No. 64 del 06 de marzo de 2018 de la Asamblea De Accionistas	66651 del 11 de abril de 2018 del libro IX
*) Acta No. 70 del 18 de marzo de 2022 de la Asamblea De Accionistas	80673 del 17 de mayo de 2022 del libro IX
*) Acta No. 071 del 03 de noviembre de 2022 de la Asamblea De Accionistas	82977 del 29 de diciembre de 2022 del libro IX

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 02/04/2025 - 09:59:50
Recibo No. H000057981, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN AX13xDGSDM

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

*) Acta No. 071 del 03 de noviembre de 2022 de la Asamblea De Accionistas 82977 del 29 de diciembre de 2022 del libro IX
*) E.A. No. 073 del 15 de marzo de 2024 de la Asamblea De Accionistas 88859 del 17 de mayo de 2024 del libro IX
*) Acta No. 074 del 16 de octubre de 2024 de la Asamblea De Accionistas 90444 del 22 de octubre de 2024 del libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: Q8699
Actividad secundaria Código CIIU: Q8710
Otras actividades Código CIIU: Q8621

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: PROMOVER SAS SEDE 2
Matrícula No.: 381260
Fecha de Matrícula: 17 de febrero de 2025
Último año renovado: 2025
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CR 4B NO. 31-50 - Brr Cadiz
Municipio: Ibagué, Tolima

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 02/04/2025 - 09:59:50
Recibo No. H000057981, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN AX13xDGSDM

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Nombre: PROMOVER
Matrícula No.: 98212
Fecha de Matrícula: 05 de marzo de 1997
Último año renovado: 2025
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CR 4B N 33-08 - Brr Cadiz
Municipio: Ibagué, Tolima

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

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

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

Ingresos por actividad ordinaria : $17.755.112.824,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8699.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

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

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

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

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 02/04/2025 - 09:59:50
Recibo No. H000057981, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN AX13xDGSDM

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=16 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

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

LUIS FERNANDO VEGA SÁENZ
Director Jurídico

*** FINAL DEL CERTIFICADO ***

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 08 de abril de 2025, a las 15:25:33, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	8090029133
Código de Verificación	8090029133250408152533

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

36

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 268455369

PIB
19:48:42
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de abril del 2025

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

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes 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 Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

PROMOVER S.A.S
Servicio con calidez humana

LOS SUSCRITOS RERPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE Y REVISOR FISCAL TITULADO DE PROMOVER S.A.S. NIT. 809.002.913-3

CERTIFICA QUE:

Se han realizado los procedimientos de revisión de acuerdo a las normas de auditoría generalmente aceptadas, con el objetivo de verificar el pago efectuado por la Entidad de los pagos laborales y todos los aportes al sistema de Seguridad Social, tales como Salud, Pensión, ARP, y los Aportes Parafiscales, del periodo de Marzo de 2025 y en consecuencia lo correspondiente a los seis meses anteriores. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la empresa como parte de su gestión. Dichos pagos se vienen realizando vía electrónica, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.

Conforme a lo establecido en el marco jurídico contemplado en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de Diciembre de 2.002, se debe realizar un informe certificando el cumplimiento de las obligaciones antes mencionadas. De acuerdo a lo enunciado anteriormente, se certifica que PROMOVER S.A.S., ha realizado el pago oportuno de los salarios, prestaciones y demás pagos laborales, aportes al sistema de Salud, Pensión, Riesgos Profesionales y Caja de Compensación Familiar del personal vinculado, durante el periodo Marzo de 2025. Planilla 32739545

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

La presente certificación se expide a los 4 días del mes de Abril de 2.025, en la ciudad de Ibagué.

ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
REPRESENTANTE LEGAL

MARTHA LILIANA RUBIO ROMERO
REVISOR FISCAL
TP 31609 – T

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

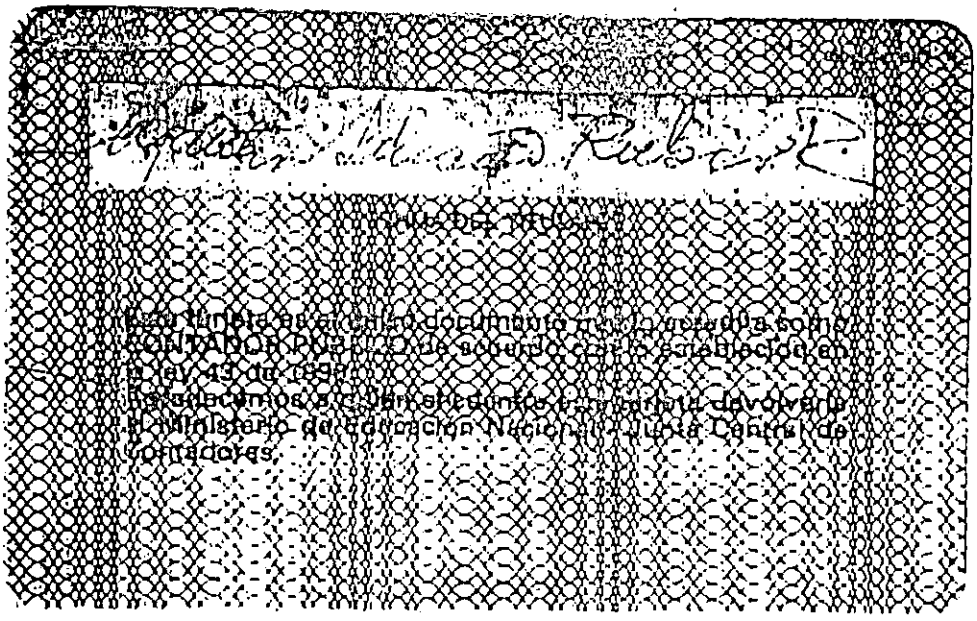


[redacted]-T

MARTHA [redacted]
RUBIO [redacted]
C.C. [redacted]
RESOLUCION INSCRIPCION [redacted]-T FECHA 13-II-92
UNIVERSIDAD CORP. UNIV. DE IBAGUE

Presidente

00038772



[redacted]

Esta tarjeta es el único documento que acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con la reglamentación en la ley 43 de 1990.
Recuerdenos en caso de pérdida o cambio de domicilio.
El Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

38

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **38.256.584**

RUBIO ROMERO
APELLIDOS

MARTHA LILIANA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-FEB-1963
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-SEP-1981 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2900100-63138181-F-0038256584-20051004 0103605277B 02 187432276

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4 E 1 7 6 2 2 2 E E E E 4 9 E

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MARTHA LILIANA RUBIO ROMERO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 38256584 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 31609-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 11 días del mes de Abril de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	PROMOVER SAS
IDENTIFICACIÓN:	NI-809002913
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-04-04
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-04-03
FECHA DE PAGO:	2025-04-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO POPULAR
PERÍODO PENSIÓN:	2025-03
PERÍODO SALUD:	2025-04
NÚMERO PLANILLA:	33041446
TOTAL COTIZANTES:	398
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33041446
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.000	$ 114.000
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	168	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.092.900	$ 15.092.900
EPS005	800251440	SANITAS	77	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.413.100	$ 6.413.100
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 591.600	$ 591.600
EPS010	800088702	EPS SURA	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.115.800	$ 1.115.800
EPS012	890303093	COMFENALCO VALLE EPS	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 274.000	$ 274.000
EPS017	830003564	FAMISANAR	23	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.791.600	$ 1.791.600
EPS018	805001157	SOS-EPS	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.000	$ 228.000
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	56	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.651.300	$ 3.651.300
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	33	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.119.400	$ 2.119.400
EPSC34	900298372	EPS-S CAPITAL	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 57.000
EPS[redacted]	809008362	EPS-S PIJAOSALUD	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 386.100	$ 386.100
ESSC18	901021565	EPS-S EMSSANAR	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.000	$ 228.000
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 165.200	$ 165.200
ESSC62	900935126	ESSC ASMET SALUD	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 389.100	$ 389.100
MIN002	901037916	MIN002 - ADRES	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 496.000	$ 496.000
Subtotal Salud		16	398	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33.113.100	$ 33.113.100
230201	800229739	PROTECCION	34	$ 39.000	$ 39.000	$ 0	$ 10.767.500	$ 10.767.500
230301	800224808	PORVENIR	260	$ 111.100	$ 111.100	$ 0	$ 74.333.300	$ 74.333.300
231001	800227940	COLFONDOS	13	$ 58.000	$ 58.000	$ 0	$ 4.821.900	$ 4.821.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	78	$ 38.100	$ 38.100	$ 0	$ 26.910.000	$ 26.910.000
Subtotal Pensión		4	385	$ 246.200	$ 246.200	$ 0	$ 116.832.700	$ 116.832.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/05/2025

14-23	860011153	POSITIVA	397	$ 0	$ 0	$ 0	$ 17.880.300	$ 17.880.300
Subtotal ARL		1	397	$ 0	$ 0	$ 0	$ 17.880.300	$ 17.880.300
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	27	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.185.300	$ 2.185.300
CCF50	890700148	COMFENALCO-TOLIMA	334	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24.442.600	$ 24.442.600
CCF56	890303093	COMFENALCO VALLE	27	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.127.200	$ 2.127.200
Subtotal CCF		3	388	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.755.100	$ 28.755.100
PASENA	899999034	SENA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 356.000	$ 356.000
PAICBF	899999239	ICBF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 534.000	$ 534.000
		Total a pagar		$ 246.200	$ 246.200	$ 0	$ 197.471.200	$ 197.471.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 06/05/2025

40

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	2025-04-21 16:09

Razón social
PROMOVER SAS

NIT		DV	
	809002913		3

Lugar de ubicación					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Clase de entidad	
	Otra
Si es otra, cual?	SAS

Actúa en carácter de Representante Legal	Sí		No	X

Servicios de la entidad:
8699 Otras actividades de atención de la salud humana, 8710 Actividades de atención medicalizada de tipo general ,8621 Actividades de la práctica médica, sin internación.

Nombres y apellidos completos del representante legal			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ADRIANA	MILENA	PARDO	VIÑA

Documento de identificación del representante legal			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	65762622

Lugar de nacimiento del representante legal					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Lugar de domicilio del representante legal					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Dirección	["Calle 33 # 4A-50\r\nSede Unidad de Salud La Francia"]
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

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, A CONTINUACIÓN RELACIONO LOS BIENES Y RENTAS DEL ÚLTIMO AÑO GRAVABLE DE PROMOVER SAS.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuvo PROMOVER SAS en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Ingresos por la actividad ordinaria - operacionales	$17.755.112.824,00
Ingresos no operacionales	$498.808.865,00
Otros	
TOTAL	$18.253.921.689,00

Las cuentas bancarias de PROMOVER SAS 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 CORRIENTE	COLOMBIA	$114.579.577,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$114.314.144,00

Los bienes patrimoniales de PROMOVER SAS son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
TERRENOS	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$301.091.000,00
EDIFICIOS	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$916.841.101,00
EQUIPO DE COMPUTO Y COMUNICACION	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$92.759.476,00
MAQUINARIA Y EQUIPO	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$2.778.384,00
EQUIPOS MEDICOS	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$356.743.803,00

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
EQUIPOS DE TRANSPORTE	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$1.741.739.834,00

Las acreencias y obligaciones vigentes de PROMOVER SAS a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMOS DE BANCOS	$474.409.849,00
PROVEEDORES	$53.509.680,00
BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	$1.520.674.627,00
DIFERIDOS	$2.316.631,00
CUENTAS POR PAGAR	$685.323.407,00
OTROS PASIVOS	$29.384.616,00

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

A continuación, procedo a publicar y divulgar proactivamente la información que, en mi calidad de representante legal de PROMOVER SAS, es susceptible de generar un posible conflicto de interés a esta persona jurídica, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2013 de 2019 y conforme con lo señalado en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011.

2.1. POSIBLES CONFLICTOS POR RELACIONES QUE TIENEN LA PERSONA JURÍDICA O EL REPRESENTANTE LEGAL.

¿Es usted representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual PROMOVER SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque usted es representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual PROMOVER SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿La persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual PROMOVER SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque la persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual PROMOVER SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿Existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual PROMOVER SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual PROMOVER SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

2.2. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

¿PROMOVER SAS realizó donaciones?

Sí [X] No [ ]

Las donaciones realizadas por PROMOVER SAS que le representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hizo esas donaciones son:

Nombre entidad	Valor
COLEGIO MEDICO DEL TOLIMA	$500.000,00

2.3. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

PROMOVER SAS, o yo, en mi calidad de su representante legal, tenemos otro(s) potencial(es) conflicto(s) 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 son:

Intervención Fiscalía 49

Federico Lleras Acosta E.S.E. EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-105
		VERSIÓN: 3
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURIDICA	VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGINA 1 DE 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD:
	21	04	2025	IBAGUÉ

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

1. INFORMACION GENERAL

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

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
PARDO	VIÑA	ADRIANA MILENA

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

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 65.762.622 — SEXO: X

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

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
COLOMBIA	

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
RINCON DEL VERGEL CASA A1	TOLIMA	IBAGUÉ

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO FIJO	CELULAR
adrianampardo@hotmail.com	6082739402	3175099795

POR SU CARGO O ACTIVIDAD — EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:

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

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

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

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

DATOS OFICINA PRINCIPAL		DATOS SUCURSAL O AGENCIA	
DIRECCION	WORLD TRADE CENTER OF 1006 - 1007	DIRECCION	CRA.4B No. 33 - 08 BARRIO CADIZ
DEPARTAMENTO	TOLIMA	DEPARTAMENTO	TOLIMA
CIUDAD	IBAGUÉ	CIUDAD	IBAGUÉ
CORREO ELECTRONICO	direccioncomercial@promoversas.com.co	CORREO ELECTRONICO	direccionips@promoversas.com.co
TELEFONO	6082739402	TELEFONO	6082739402

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN):

1) Por favor relacione los socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, aporte o participación.
2) Si el accionista o socio es una Persona Jurídica, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección BENEFICIARIOS FINALES (En caso de requerir mas espacio anexe Certificado de Composición Accionaria).

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

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

RUT incompleto.

3:20 pm 29-4-25

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-105
		VERSIÓN: 3
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURIDICA	VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGÍNA 2 DE 2

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ ENVIO Y/O RECEPCIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PAGO DE SERVICIOS ☐

IMPORTACIONES ☐ PRESTAMOS ☐ OTRA? ☐ ¿Cúal? _____

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

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

4. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Copia del documento de identidad del representante legal

2 Copia de representacion legal - Certificado de camara y comercio detallado

3 Copia del RUT detallado

4 Estados financieros de la persona juridica de la ultima vigencia.

6. FIRMA Y HUELLA

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



HUELLA

Adriana M. Pardo V

FIRMA Y CEDULA

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

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA
	2	05	2025	10:58 AM

LISTAS CONSULTADAS	REPORTA RESTRICCIÓN
1. OFFICE OF FOREING ASSETS CONTROL (OFAC) Oficina de control de activos	SI ☐ NO ☒
2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS	SI ☐ NO ☒
3 LISTA LINEA INTERPOL	SI ☐ NO ☒
4. OTRAS	SI ☐ NO ☒

OBSERVACIÓN: Las personas relacionadas en el Formato y sus Anexos no reportan Restricciones en las Listas Consultadas en SARLAFT - PAAM.

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO
Carlos E. Hernandez	Profesional Universitario

Recibido por: Sebastian Vasquez

A6

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

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

CERTIFICA

Que revisada la planta de personal permanente y temporal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E., se determinó que no existe personal de planta suficiente para prestar los servicios en el Hospital se hace necesaria **PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E.**

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

Dado en Ibagué, el treinta (30) de abril de 2025.

Victoria Eugenia Avilez Aroca

VICTORIA EUGENIA AVILEZ AROCA
Profesional Especializado de Gestión del Talento Humano

Proyecto: Alejandra Martínez

A2

Federico Lleras Acosta HOSPITAL DE IBAGUÉ	GESTIÓN JURIDICA	Código: GJ-FR-005
		Versión: 02
	FORMATO CERTIFICADO DE IDONEIDAD	Vigente desde: 02/10/2023
		PÁGINA: 1 de 2

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECILIZADO AREA DE LA SALUD UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E.

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

CERTIFICA QUE

Con el fin de contar con una persona jurídica o natural que preste el servicio de medicina interna, por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa, se procede a realizar el análisis de la experiencia e idoneidad para la celebración del presente contrato o convenio con PROMOVER SAS identificado con el C.C. 809.002.913.

De conformidad con la oferta de servicios, hoja de vida, certificaciones, y antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales radicados oportunamente y como resultado del análisis y valoración que de los mismos se realizó, PROMOVER SAS se encuentra apto para desarrollar la prestación de servicios PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E. por sus condiciones de idoneidad y experiencia.

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

NOMBRE PERSONA A CONTRATAR	ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA		
TITULO PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA		
FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS	29/06/2008	**No. TARJETA PROFESIONAL**	201189
		FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL	11/09/2009
POSTGRADO	ESPECIALIDAD - NO APLICA		
	SUB-ESPECIALIDAD - NO APLICA		
PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD	AUXILIAR DE ENFERMERÍA		

EXPERIENCIA ACREDITADA

EMPRESA O ENTIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	TIEMPO LABORADO O EJECUTADO
PROMOVER SAS	17/01/2024	22/04/2025	15 MESES Y 6 DIAS
TIEMPO TOTAL CERTIFICADO			15 MESES Y 6 DIAS

NOMBRE PERSONA A CONTRATAR	HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL		
TITULO PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA		
FECHA DE GRADO O		**No. TARJETA PROFESIONAL**	1880

FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS	28/04/2023	FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL	16/06/2023
POSTGRADO	ESPECIALIDAD - NO APLICA		
	SUB-ESPECIALIDAD - NO APLICA		
PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD	AUXILIAR DE ENFERMERÍA		

EXPERIENCIA ACREDITADA

EMPRESA O ENTIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	TIEMPO LABORADO O EJECUTADO
PROMOVER SAS	1/05/2023	22/04/2025	11 MESES Y 22 DIAS
TIEMPO TOTAL CERTIFICADO			11 MESES Y 22 DIAS

CAPACIDAD	CUMPLE	
	SI	NO
Hoja de vida en formato único	X	
Formato de declaración de bienes y rentas	X	
Constancia de afiliación al sistema de seguridad social	X	
Registro único tributario	X	
Fotocopia de la cédula	X	
Antecedentes fiscales, disicplinarios, penales y RNMC (persona natural o representante legal persona juridica)	X	
Camara de comercio (aplica para persona juridica)- Actividad economica acorde al objeto a contratar		X
Que el personal contratado por la persona juridica no se envuentra vinculado al hospital mediente ningun otor tipo de contratacion (APLICA PARA PERSONA JURIDICA)		X
El contratista declaró por escrito que no se encuentro incurso(a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia	X	

IDONEIDAD	CUMPLE	
	SI	NO
El contratista presentó diplomas y otros documentos que acreditan un perfil profesional acorde con el servicio requerido	X	

EXPERIENCIA	CUMPLE	
	SI	NO
El contratista presentó documentos y certificaciones que acreditan la experiencia requerida		X

En consecuencia, certifico que PROMOVER SAS cumple los requisitos técnicos y específicos esenciales requeridos en los Estudios Previos y resulta conveniente para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA** E.S.E suscribir un contrato de prestación de Servicios Profesionales para PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E.

FECHA DE VALIDACION HOJA DE VIDA	30/04/2025

Dado en Ibagué a los 30 dias de abril de 2025,

NOMBRE NATALIA ANDREA QUINTERO GUMAN
CARGO PROFESIONAL ESPECIALIZADO-UNIDAD FUNCIONAL INTERNACION MEDICA

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

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

RECEPTOR:

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

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

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

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

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

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

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

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

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

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION|	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión: 2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 2 de 2

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

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

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

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

Fecha: 21 de Abril de 2025 Ciudad: Ibagué

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: ADRIANA MILENA PARDO VIÑA

No. C.C : 65.762.622 de Ibagué

FIRMA: Adriana M. Pardo V

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

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 1 de 2

50

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

Por favor marcar según corresponda:

___ Aspirante	___ Estudiante	___ Pacientes y Acompañantes	X Proveedores y Contratistas
___ Veedor	___ Empleado o Exempleado		Otro. ¿Cual? _____

FINALIDAD

GENERALES	La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL. Pago de obligaciones contractuales. Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma. Soporte en procesos de auditoria externa/interna. Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente. Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL. Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar. Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL. Con propósitos de seguridad o prevención de fraude. Actualización de datos entregados por el Titular. Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Realización de procesos de elección y promoción interna.
ESTUDIANTES	Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos. Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio. Realización de publicaciones internas y externas. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono). Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos. Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente. Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios. Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos. Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud. Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios. Ofrecer información sobre campañas, programas especiales. Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario. Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas. Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar , Abandono Social y maltrato infantil. Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad. Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas. Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil. Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.

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

DECLARACIÓN:

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

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):
(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E
(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.
(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hfileras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibagué a los (21) Veintiún días del mes de Abril del Año 2025.

Firma: Adriana M. Pardo V.

Nombre: ADRIANA MILENA PARDO VIÑA

C.C No: 65.762.622 **de:** Ibagué

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

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT____ TI:____Otro_____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco_____

52

Federico Lleras Acosta E.S.E. HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CODIGO: GA-FR-168
		Versión: 2
		Vigencia desde:
	FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES	15/02/2024
		Página 1 de 1

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA
Anual___
Al momento de la vinculación___

Yo _ADRIANA MILENA PARDO VIÑA_ identificado(a) con cédula de ciudadanía N.° 65,762,622 de IBAGUÉ, vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:
Firma del (la) declarante: ADRIANA M. PARDO V.
Cédula de ciudadanía N.° 65,762,622 de IBAGUÉ
Fecha: 21 DE ABRIL DE 2025

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.
Nombre de quien recibe: _____
Firma: _____
Cédula de ciudadanía N.° _____ de _____
Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011.
Nota: La declaración de conflicto de intereses está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por la oficina de control interno de la entidad o ente responsable.

53

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

77099980211670059779O3

Nit: 860009578-6

SEGUROS DEL ESTADO GENERALES

RECIBO DE PAGO Nº: 10000059779033

CERTIFICAMOS QUE:

FECHA	
04/04/2025 12:40p.m.	

RECIBIMOS DE: PROMOVER SAS — NIT. 809.002.913

LA SUMA DE: Treinta y ocho millones novecientos treinta y cuatro mil trescientos tres pesos .**********

POR CONCEPTO DE: PAGO POLIZA NRO.: 101007756

SUC - RAMO - POLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
IBAGUE-3-101007756-8-1	$32,717,902.00		$6,216,401.00	$38,934,303.00

FORMA DE PAGO

Pse - $ 38,934,303.00

EFECTIVO:
CHEQUE:
TARJETA:
BD: 38,934,303.00
OTROS:

TRANSACCION: 0005977903

TOTAL: $38,934,303.00

CAJERO: PAGUESTADO

4/4/2025 12:41:04PM

172.16.10.23

5A

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101007756	8

TOMADOR	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
ASEGURADO	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
01 / 04 / 2025	06 / 04 / 2025	06 / 04 / 2026	06 / 04 / 2025	06 / 04 / 2026

INTERVEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
FERDINAN AGUDELO CASTAÑEDA ASESORES	154010	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES DOMICILIARIO

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 1,400,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 1,400,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH			$ 100,000,000.00
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			$ 1,400,000,000.00

DEDUCIBLES: * 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: ERRORES U OMISIONES CYH - $ 1,400,000,000.00, GASTOS DE DEFENSA CYH - $ 15,000,000.00, E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH - $ 1,400,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,400,000,000.00	PRIMA:	$ ********32,717,902.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********6,216,401.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********38,934,303.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11905611142942(3900)000038934303(96)20250521

REFERENCIA PAGO: 1100561114294-2

25-03-101007756

FIRMA AUTORIZADA

DANIELLOPEZ

CLIENTE

Adana M. Pardo V.

TOMADOR

5

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101007756	8

TOMADOR	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
ASEGURADO	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
01 / 04 / 2025	06 / 04 / 2025	06 / 04 / 2026	06 / 04 / 2025	06 / 04 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
FERDINAN AGUDELO CASTAÑEDA ASESORES CLIENTE	154010	100.00

COASEGURO CEDIDO

COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

PAGUESTADO

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,400,000,000.00	PRIMA:	$ ********32,717,902.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ *********6,216,401.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********38,934,303.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

REFERENCIA PAGO: 1100561114294-2

(415)7709998021167(8020)1100561114294 2(3900)000038934303(96)20250521

Adana M. Pinto V.

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

56

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101007756	8

TOMADOR	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
ASEGURADO	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

RENOVACION 2025-2026
MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE RENUEVA POR UNA ANUALIDAD MAS DE ACUERDO A LO SOLICITADO DIRECTAMENTE POR EL CLIENTE.
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES)

TOMADOR: PROMOVER SAS
NIT: 809.002.913

ASEGURADO:PROMOVER SAS
NIT: 809.002.913

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:DOCE (12) MESES - INICIO DE VIGENCIA A LAS 24 HORAS DE LA ORDEN EN FIRME DEL CLIENTE

TIPO DE INSTITUCION:CLINICA

SEDES SOBRE LAS CUALES SE EXTIENDEN LAS ACTIVIDADES MEDICAS AMPARADAS POR LA POLIZA, ASI:SEDE 1: GIRARDOT CARRERA 8 A No. 20A No. 22/24/28 LOCAL 2 B
SEDE 2:IBAGUECARRERA 4B No. 33 - 08 CADIZ SEGUNDO PISO

NIVEL DE ATENCION:II

No. DE CAMAS:CERO (0) - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

No. DE AMBULANCIAS:QUINCE (15) - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

AMBULANCIAS SEDE GIRARDOT: 03
GIRARDOTAMBULANCIASBasicaHKN641TERRESTRE2014100121789999
GIRARDOTAMBULANCIASBasicaHKQ487TERRESTRE2014100212318931
GIRARDOTAMBULANCIASMedicalizadaGVR634TERRESTRE202210027625740

AMBULANCIAS SEDE GIRARDOT: 12

IBAGUEAMBULANCIASBasicaGIL711TERRESTRE202010020219216
IBAGUEAMBULANCIASBasicaGVW331TERRESTRE202010020610701
IBAGUEAMBULANCIASBasicaHQX076TERRESTRE201510007502340
IBAGUEAMBULANCIASBasicaICN405TERRESTRE200810016910308
IBAGUEAMBULANCIASBasicaMWN194TERRESTRE201310017049098
IBAGUEAMBULANCIASBasicaNBS961TERRESTRE201310012575038
IBAGUEAMBULANCIASBasicaNBS963TERRESTRE201310012684938
IBAGUEAMBULANCIASBasicaRZX836TERRESTRE201110001179946
IBAGUEAMBULANCIASMedicalizadaLJV965TERRESTRE202310027980919
IBAGUEAMBULANCIASMedicalizadaLJV968TERRESTRE202310027980186
IBAGUEAMBULANCIASMedicalizadaLJV969TERRESTRE202310027980864
IBAGUEAMBULANCIASMedicalizadaLJV970TERRESTRE202310027774101

SINIESTRALIDAD:NO - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE
COBERTURA: OCURRENCIA- Para siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CONDICIONADO
GENERAL:FORMA 07/10/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I
En adicion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

NOTA TECNICA:FORMA 07/10/2022 -1329-NT-P-06-RCCH-00-E0-GD-01

LIMITE
ASEGURADO:$1.400.000.000
La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad para la vigencia de la poliza e incluira los gastos de defensa (incluyendo las cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion.

RELACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD:
ACTIVIDAD DE LA SALUDCANTIDD
FONOAUDIOLOGIAS
FISIOTERAPEUTA13

Adana M. Ibido V.

5A

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101007756	8

TOMADOR	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
ASEGURADO	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TERAPIA OCUPACIONAL2
PEDIATRIA6
ODONTOLOGIA1
MEDICINA INTERNA1
ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL1
DERMATOLOGIA3
MEDICINA GENERAL1
TOTAL TALENTO HUMANO33

Se encuentran excluidos de cobertura los eventos adversos derivados del ejercicio de las siguientes actividades de la salud, que se encuentran habilitadas para el prestador, pero no reporta talento humano en salud;
OSPITALIZACION ADULTOS - (EXCLUIDO UNICAMENTE EN LA SUCURSAL GIRARDOT)
OSPITALIZACION PACIENTE CRONICO SIN VENTILADOR - (EXCLUIDO UNICAMENTE EN LA SUCURSAL GIRARDOT)
MEDICINA GENERAL - (EXCLUIDO UNICAMENTE EN LA SUCURSAL GIRARDOT)
DERMATOLOGIA
ENDODONCIA
MEDICINA FAMILIAR
MEDICINA INTERNA
NUTRICION Y DIETETICA
ODONTOLOGIA GENERAL
OPTOMETRIA
PEDIATRIA
PSICOLOGIA
REHABILITACION ORAL
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Asi como de aquellos servicios que se presten sin la correspondiente habilitacion por parte de la autoridad competente, y para aquellos que aun estando habilitados no se reporte talento humano en salud en esta poliza

Se excluyen reclamaciones judiciales y/o extrajudiciales por intervenciones quirurgicas y no quirurgicas de tipo estetico y/o cosmetico. Salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.

COBERTURAS:

1.AMPARO BASICO:

1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD: SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN SALUD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, Y ANTE TAL SUPUESTO INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

LO ANTERIOR, A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, POR ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE ESTE VINCULADO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBERA MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGAFO: SEGURESTADO INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III DEL CONDICIONADO GENERAL DE ESTA POLIZA), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

1.2GASTOS DE DEFENSA: SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, PARA DICHA COBERTURA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:

1.2.1 LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

Adana M. Pardo V.

58

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101007756	8

TOMADOR	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
ASEGURADO	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2.2 SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

1.2.3 EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SUJETO A LOS LIMITES O SUBLIMITES PREVISTOS, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

2EXTENSIONES A LA COBERTURA BASICA
ON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES EL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:

2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESSIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE, ESTEN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACION DEL SERVICIO.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LA SECCION II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICA, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE EN FORMA COMPLETA Y OPORTUNA LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE O COMERCIALIZADOR.

2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

1.LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

2.LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, QUE EN TODO CASO SU VALOR EGURADO NO PODRA SER INFERIOR A $140.000.000

ARAGRAFO: ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A LAS INSTALACIONES Y APARATOS DE LAS IPSS CON LAS QUE TENGA CONVENIO EL ASEGURADO.

LA COBERTURA OTORGADA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO (INCLUIDOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJEN EN EL AREA ADMINISTRATIVA) SE ENCUENTRA DENTRO DEL AMPARO DE RCE DE ESTA POLIZA, POR ENDE LA COBERTURA PROFESIONAL NO SE EXTIENDE A LOS MISMOS.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURASUBLIMITE EVENTO/VIGENCIA Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO 100% del limite asegurado por evento y vigencia
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
GASTOS DE DEFENSAPor Evento: Hasta $15.000.000. Por Vigencia: Hasta $100.000.000

DEDUCIBLES:GASTOS DE DEFENSA: 10% de los gastos incurridos
DEMAS AMPAROS:15 % de la perdida - minimo 10 SMMLV

PRIMA ANUAL
(INCLUIDO IVA):$ 38.934.303

EXCLUSIONES:

Adana M. Pardo V.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101007756	8

TOMADOR	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
ASEGURADO	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

1.RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2) AÑOS DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2.DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

3.RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO, O QUE NO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA.

4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.

6.PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O REEMPLACEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

8.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICAL O FECUNDACION IN VITRO.

10.RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.

IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.

11.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.

12.RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

13.SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.

14.PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.

ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY.

EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO.

23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.

24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

Adana M. Prado V.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101007756	8

TOMADOR	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
ASEGURADO	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, O SIMILARES CON TAL CONNOTACION.
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).
2.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, MBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.
37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA
II-RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.
III-LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.
39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.
41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47.EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.
50.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
51.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
52.RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
53.CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

Adriana M. Rondo V.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101007756	8

TOMADOR	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
ASEGURADO	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

54.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.
55.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
56.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

57.RECLAMACIONES JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES DONDE EL PERSONAL DE LA SALUD INTERVINIENTE EN LA ATENCION EN SALUD QUE DIO ORIGEN A LA RECLAMACION NO SE ENCUENTREN REPORTADOS EN ESTA POLIZA, LLAMESE AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.
58.PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:
A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.
B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y
C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
59.PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.
60.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
61.EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NO LLEVE CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD EN UNA BITACORA DIARIA.
62.EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA O NO LLEVE LA HISTORIA CLINICA BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR LA LEY.
63.RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 O LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
64.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
65.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
66.NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.
67.EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: EL SEGURO PROVISTO POR ESTE ACUERDO NO SE APLICA A PERDIDAS O GASTOS QUE SURJAN O CONTRIBUYAN A UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES CASOS:
1. PERDIDA, ALTERACION O DAÑO A, CORRUPCION O REDUCCION DE LA FUNCIONALIDAD, DISPONIBILIDAD U OPERACION DE CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA ELECTRONICO DE DATOS, HARDWARE, PROCESO, PROGRAMA, SOFTWARE, DATOS, DEPOSITO DE INFORMACION, MICROCHIP, CIRCUITO INTEGRADO O DISPOSITIVO SIMILAR EN EQUIPOS INFORMATICOS O NO INFORMATICOS, YA SEA PROPIEDAD DEL ASEGURADO EN LA POLIZA DEL REASEGURADO O NO;
2. CUALQUIER ACCESO O DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, DE PROPIEDAD U OTRA INFORMACION NO PUBLICA DE CUALQUIER PERSONA U ORGANIZACION EN CUALQUIER FORMA REGISTRABLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS GASTOS ASOCIADOS CON LA NOTIFICACION, REPARACION, MITIGACION O PREVENCION DE UNA VIOLACION DE SEGURIDAD; O,
3. AMENAZAS DE EXTORSION, FRAUDE Y ROBO QUE INVOLUCREN CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SOFTWARE, PROCESO O PROGRAMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA DE DATOS ELECTRONICOS O CUALQUIER INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, PRIVADA U OTRA INFORMACION NO PUBLICA.
68.EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:
1.EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:
A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
2.EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO DE SEGUIR UN PLAN DE GESTION DE CRISIS QUE ABORDE LOS PASOS MENCIONADOS EN (1) ARRIBA; O
3.EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
a.FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
b.DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
c.FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.
PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA.

AMBITO
TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION
APLICABLE:Colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:
FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.
AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 dias calendario contados desde la fecha del contrato de vinculacion del profesional de la salud, si transcurrido este tiempo no se ha reportado algun personal de salud en la poliza, toda la atencion en salud donde intervenga el dicho personal de la salud no tiene cobertura.

Adriana M. Pardo V.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101007756	8

TOMADOR	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
ASEGURADO	PROMOVER SAS			NIT	809.002.913-3
DIRECCION	CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC	CIUDAD	IBAGUE, TOLIMA	TELEFONO	3187129200
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: Cuando el tomador y/o asegurado contrate polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.
No renovacion tacita o automatica: la poliza no sera renovada automaticamente, sino que, para efectos de su renovacion, el asegurado debera solicitar la renovacion con 30 dias calendario de anticipacion al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGURESTADO presentara los terminos y condiciones de acuerdo con la evaluacion del riesgo que se efectue.
No se otorga restablecimiento del valor asegurado.
La presente poliza se expide como global para la actividad del cliente, bajo vigencias anualizadas, podra ser renovada o revocada, pero no se podran realizar movimientos de prorroga.

EXCLUSION No. 31: Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD), se modifica teniendo en cuenta habilitacion al tomador/ asegurado asi:

Modalidad EXTRAMURAL: SERVICIO DOMICILIARIO, para los siguientes servicios:

SEDE GIRARDOT
ENFERMERIA
TERAPIA OCUPACIONAL
TERAPIA RESPIRATORIA
FISIOTERAPIA
FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE

SEDE IBAGUE
HOSPITALIZACION ADULTOS
HOSPITALIZACION PACIENTE CRONICO SIN VENTILADOR
ENFERMERIA
MEDICINA GENERAL
MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
VACUNACION
TERAPIA OCUPACIONAL
TERAPIA RESPIRATORIA
FISIOTERAPIA
FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE

Quedando asi: Se ampara la atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD), siempre que se preste con talento humano en salud propio del tomador/asegurado, sea por contrato de trabajo o de prestacion de servicios, y bajo los servicios de salud habilitados y reportados en la poliza.

Adana M. Pardo V.

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 65762622 **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 21/04/2025 11:14 AM

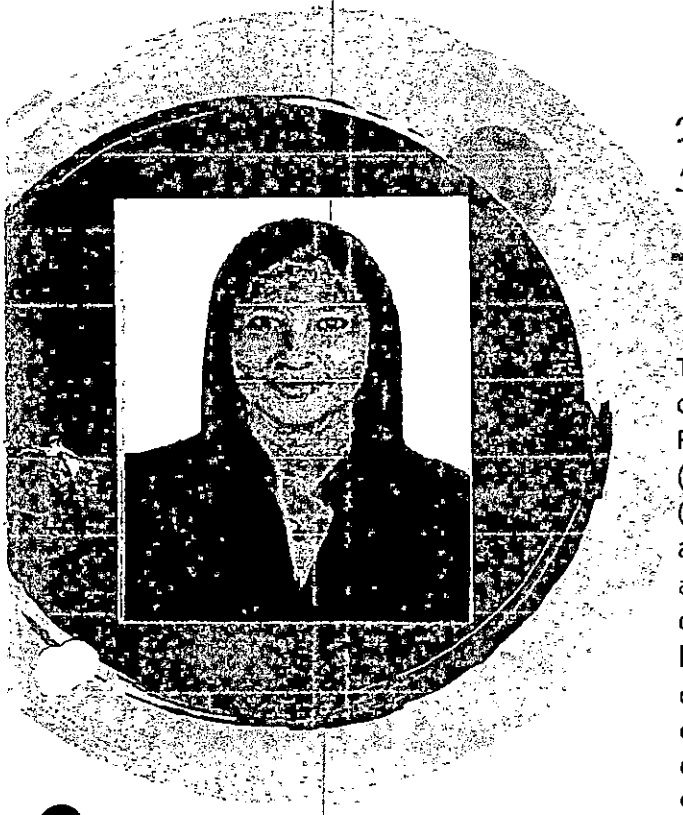
Código Verificación: **FKY1WEQJTX**

Válida hasta: **20/07/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

64



ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA
CC. N°:33066608

PERFIL PROFESIONAL:

Técnico en Auxiliar de Enfermería con conocimiento en área asistencial, consulta externa (vacunación, control diabéticos e hipertensos,) PYP(gestantes, lactantes, desnutrición, tuberculosis,) hospitalización (curaciones, inyectología, administración de medicamentos), urgencias (signos vitales, sondas vesicales, canalizaciones y sala departo), apoyo a pediatría (talla y peso), ginecología (citología), cuidado integral del adulto mayor (baño en cama, alimentación, sonda nasogástrica), toma de muestras, reanimación cardio pulmonar (RCP), además manejo de herramientas ofimáticas. Experiencia laboral de 14 años desempeñándose como Auxiliar de Enfermería Asistencial, Enfermera de Desnutrición y Vacunación. Capacidad de orientación al cliente, al detalle, análisis, solución de problemas, trabajo en equipo, comunicación asertiva y efectiva. Persona servicial, respetuosa, disciplinada, con buena presentación personal, fluidez verbal, eficiente, eficaz y comprometida con el trabajo.

CL 4 3 20, APTO 102
La Gaviota.
IBAGUÉ (TOLIMA)

3104755560

enithmontiel@gmail.com

Licencia cond.B1/A2

AUXILIAR DE ENFERMERIA

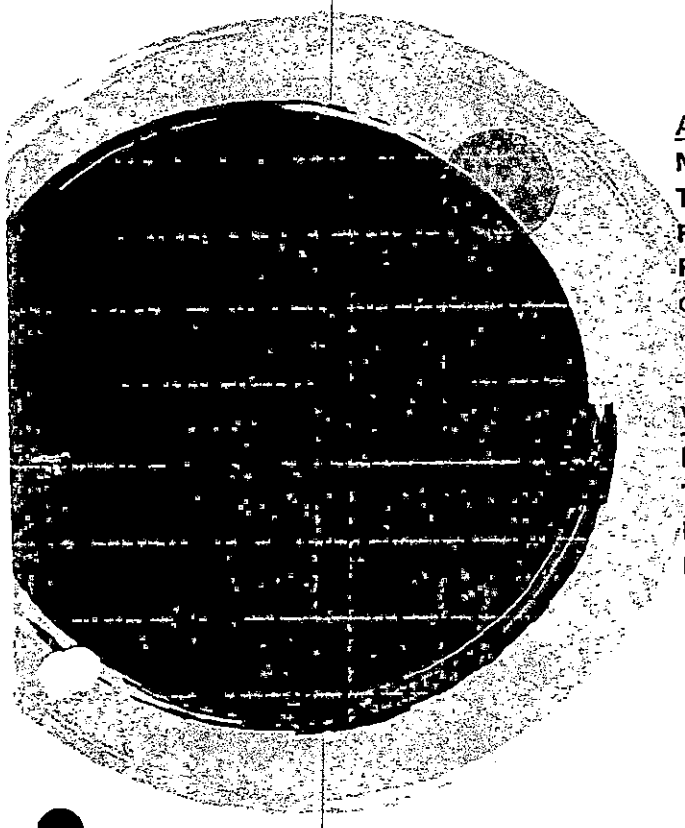
Nombre de la empresa: HOSPITAL SAN ROQUE DE COYAIMA
Teléfono de la empresa: 3176488461
Fecha ingreso/retiro: 15 de octubre 2022 / 15 de diciembre 2022
Funciones y logros: Auxiliar de enfermería para él programa de salud pública (enfermedad de Chagas), realizaba cercó epidemiológico puerta a puerta, realizar los informes correspondientes y tabular toda la información.

AUXILAIR DE ENFERMERIA

Nombre de la empresa: VIVA 1A
Teléfono de la empresa: No registra
Fecha ingreso/retiro: Marzo de 2021 / Septiembre de 2022
Funciones y logros: consulta externa (vacunación covid19, PAI regular) demanda inducida, realizar los informes correspondientes y tabular toda la información,

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Nombre de la empresa: SUPULA WAYU IPS MAICAO LA GUAJIRA
Fecha ingreso/retiro: Septiembre de 2012 / Septiembre de 2020.
Funciones y logros: vacunación PYP(gestantes, lactantes, desnutrición, tuberculosis,) ginecología (citología).



AUXILIA DE ENFERMERIA
Nombre de la empresa: ANASWAYUU IPS
Teléfono de la empresa: 7250109
Fecha ingreso/retiro: Agosto de 2012 / Septiembre de 2012
Funciones y logros: Auxiliar de enfermería asistencial, en hospitalización de adultos, pediatría, sala de partos y urgencias.

VACUNADORA
Nombre de la empresa: CIDSALUD IPSI
Teléfono de la empresa: 7288775
Fecha ingreso/retiro: Noviembre de 2011 / Diciembre de 2011
Funciones y logros: Vacunadora en el programa de PAI regular

VACUNADORA
Nombre de la empresa: IPSI SOLWAYUU
Teléfono de la empresa: 7260616
Fecha ingreso/retiro: Marzo de 2011 / Mayo de 2011 Funciones y **logros:** Vacunación en el programa de PAI regular

AUXILIA DE ENFERMERIA
Nombre de la empresa: ANALIRAPULE IPSI
Teléfono de la empresa: 3004837556
Fecha ingreso/retiro: Junio de 2010 / Febrero de 2011
Funciones y logros: Auxiliar de enfermería con el subprograma de (PAI) vacunación, PYP (gestantes, lactantes, desnutrición,)
Reducción a la mortalidad infantil.

NIVEL EDUCATIVO

>TECNICO EN ENFERMERIA

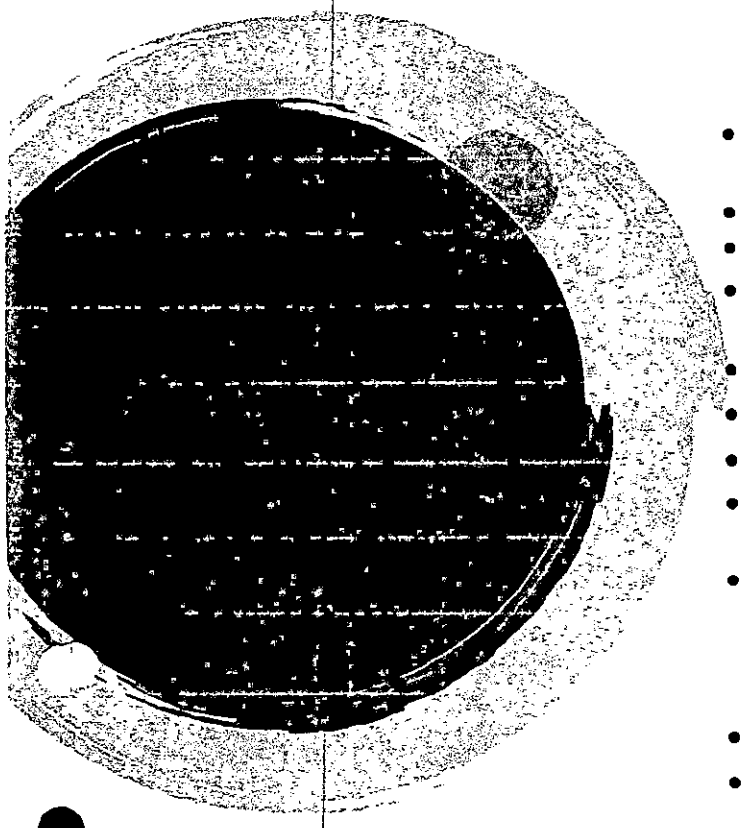
NIVEL EDUCATIVO: Técnico Profesional
INSTITUCIÓN: Sistem Center
FECHA FINALIZACIÓN: Junio de 2008

>BACHILLER

NIVEL EDUCATIVO: Media (10-13)
INSTITUCIÓN: Liceo Nocturno Andres Bello
FECHA FINALIZACIÓN: Noviembre de 1996

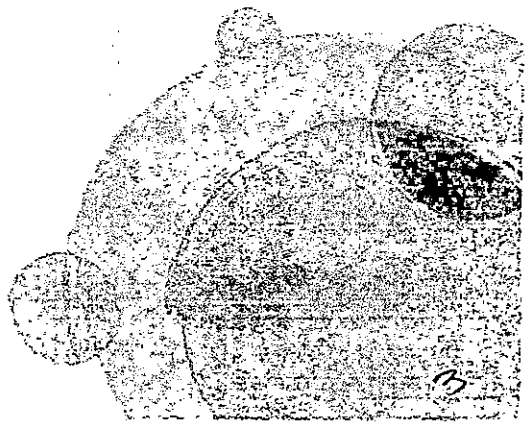
OTROS CURSOS

- SENA – manejo de la vacunación contra el covid 19 en Colombia 2021



- SENA – Certificado de competencia laboral en administras inmuno- biológicos según
- delegación y normativa en salud nivel avanzado 2021
- SENA- soporte básico vital 25-07-2022
- centro de entrenamiento en salud – primeros auxilios en accidente eléctrico 2021
- COMFENALCO –EXCEL BASICO 14-10-2022G
- COMFENALCO –EXCEL INTERMEDIO 31-10-2022
- COMFENALCO- EXCEL AVANZADO-16-11-2022
- FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA– laboratorio clínico 16-02- 2023
- FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA- Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial
  16-02- 2023
- Capacitación de toma de muestras de citología 2018
- Icontec – humanización de la atención en los servicios de salud 2015
- IPSI sol wayuu- taller complementario en AIEPI clínico para auxiliares de enfermería
- 2015
- Salamandra – soporte básico y avanzado 2012
- Eloísa Tamayo- congreso regional de actualización en salud 2010
- Salamandra-simposio de trauma y reanimación 2007
- Escuela de valores y cultura ciudadana – ciudadano integral 2002

Enith Del Carmen Montiel Carranza



ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN
INSTITUTO NACIONAL CENTRO DE SISTEMAS
SYSTEM CENTER

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano autorizado mediante Resolución No. 030142 del 19 de Agosto de 2004, emanada de la Secretaría de Educación, del Municipio de Valledupar; según acuerdo 057 de 23 de Diciembre de 2003 emanado por el Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

En la ciudad de Valledupar a 29 días del mes de Junio del año 2008 se reunieron con el fin de formalizar la certificación de los estudiantes que culminaron satisfactoriamente los estudios del programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, los suscritos Director General, Directora Académica y Coordinador de Salud del **INSTITUTO NACIONAL CENTRO DE SISTEMAS SYSTEM CENTER.**

Comprobada la situación legal y académica según plan de estudios del programa antes mencionado, la Directora Académica certificó que el estudiante que se menciona a continuación cumplió con los requisitos establecidos por el respectivo reglamento; por lo cual el Director General procedió a otorgar la certificación de **TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA** a:

MONTIEL CARRANZA ENITH DEL CARMEN
C.C. No. 33.066.608 de Magangue – Bolivar

Es fiel copia tomada del acta original general No. 207 del 29 de Junio de 2008 que consta de 205 estudiantes certificados, se comienza con el nombre de **ACOSTA ALVAREZ ERIKA YANETH** y se cierra con el nombre de **ZABALETA MONTERO KATHERINE ISABEL**. Firmado y sellado por **WILLIAM CORREDOR GOMEZ** (Director General), **GLORIA JASMIN OSORIO HURTADO** (Directora Académica) y **EDGAR JESUS BOLAÑO FUENTES** (Coordinador de Salud).

Dada en Valledupar a los 29 días del mes de Junio de 2008.

Firmada y Sellada

System Center
William Corredor Gómez
Director General

WILLIAM CORREDOR GOMEZ
Director General

System Center
GLORIA JASMIN OSORIO H
Directora Académica

GLORIA JASMIN OSORIO HURTADO
Directora Académica

System Center
Edgar Bolaños Fuentes
Coord. General y Salud

EDGAR JESUS BOLAÑO FUENTES
Coordinador de Salud

68

La República de Colombia
y en su nombre el

Liceo Nocturno Andrés Bello

de Sincelejo, Sucre
Autorizado por la Secretaria de Educación Departamental según
Resolución No. 059 del 15 de Septiembre de 1993

Confiere a:

Enith del Carmen Montiel Carranza

Identificado (a) con C. C. No. _____ de _____

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Rector

César A. Fernández Bustillo
C.C. 6.919.751 Sincelejo

Secretaria

Candelaria Pérez C.
C.C. 64.546.032 Sincelejo

Anotado en el Acta No. 011 de Nov. 30/96

5

La República de Colombia

Y en su Nombre el

Instituto Nacional Centro De Sistemas

SYSTEM CENTER

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano autorizado mediante Resolución No. 030142 del 19 de Agosto de 2004, emanado de la Secretaría de Educación del Municipio de Valledupar; según acuerdo 057 de 23 de Diciembre de 2003 emanado por el Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

Representado por el Director General, Directora Académica, Coordinadores y Docentes del Programa Técnico Auxiliar de Enfermería

Certifica Que:

Enith Del Carmen Montiel Carranza

C.C. No. 33.066.608 de Magangue - Bolivar

Culminó los estudios reglamentarios, con una intensidad de 1.800 horas y le confiere el Certificado de

Técnico Auxiliar de Enfermería

En constancia, expedimos el presente Certificado que firmamos y sellamos en el municipio de Valledupar - Cesar, a 29 de Junio de 2008.

William Corredor Gómez
Director General
DIRECTOR GENERAL

GLORIA IASSENTHO
DIRECTORA ACADEMICA

Registrado en el
Acta No. 203 Folio No. 135

COORDINADOR DE SALUD

6

69

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Enith del carmen Montiel Carranza

CC 33066608 de Magangue, Bolívar

zó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019

con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2025-01-16

Fecha de vencimiento: 2027-01-16

Verificación:

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Enith del carmen Montiel Carranza

CC 33066608 de Magangue, Bolívar

ılizó y aprobó el Curso en Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado

con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-01-16
Fecha de vencimiento: 2027-01-16

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

GOBERNACION DEL CESAR
REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
NIT. 892399999-1

RESOLUCION No 20 1189 DE

Por la cual se refrenda un CERTIFICADO para el ejercicio de la Profesión"

LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR, en uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por la Resolución No. 008211 de 1989,

CONSIDERANDO

1. Que ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA, con Cedula de Ciudadania No.33'066.608 expedida en Magangue (Bolivar) Solicito ante esta Secretaria la refrendacion de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA que le otorgo EL INSTITUTO NACIONAL CENTRO DE SISTEMAS "SYSTEM CENTER" de Valledupar Cesar, el dia veintinueve (29) de junio de 2008.

2. Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

3. Que en virtud de lo expuesto este despacho

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO.- Refrendar el CERTIFICADO que autoriza a ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA, con Cedula de Ciudadania No. 33'066.608 expedida en Magangue (Bolivar) para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en la zona Geografica diferente a donde refrendó el titulo o cenificado la persona debera inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

En Valledupar a los 11 SET. 2009

ANGELA MARIA SALAZAR DAVILA
Secretaria de Salud Departamental

PROYECTO: EMILCE MENDOZA B.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 33066608
Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Código: 230101257 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en IBAGUÉ. A los quince (15) días del mes de Abril de dos mil veintiuno (2021)
Firmado Digitalmente por

987863 - 15/04/2021
No Y FECHA REGISTRO

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

Vigencia:
hasta el 15 de Abril de 2024

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 93100023010125 7CC33066608C.

29

PROMOVER

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

HACE CONSTAR:

Que la señora **ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA** identificada con cédula de ciudadanía número 33066608, labora para esta empresa desde el 17 (diecisiete) de enero de 2024 y actualmente, vinculada por medio de un contrato laboral a término fijo a un año desempeñando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA DE VACUNACION PAI.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Ibagué a los veintidós (22) días del mes de abril del año 2025

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

KENLY JOHANNA GONZALEZ
Directora de Talento Humano

10

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Enith del carmen Montiel Carranza

CC 33066608 de Magangue, Bolívar

Realizó y aprobó el Diplomado en Soporte Vital Avanzado RCCP (ACLS) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-01-16
Fecha de vencimiento: 2027-01-16

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Cesar

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

Nombre:
ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA
Cédula:
33068008
Ocupación:
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Resolución No.
20-1189-11-09-09



Esta tarjeta es personal e intransferible identifica al portador de esta como Auxiliar en el área de la salud en el departamento del Cesar.
Se le ruega a todas las autoridades civiles y militares prestarle la ayuda necesaria para el desarrollo de sus labores.

En caso de perdida favor de volverla a la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL en la oficina de Vigilancia, Inspección y Control.

JAIME OÑATE CORREA
Profesional Especializado

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Enith del carmen Montiel Carranza

CC 33066608 de Magangue, Bolivar

:alizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS)
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-01-16
Fecha de vencimiento: 2027-01-16

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
EÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

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

Certifica

Enith del Carmen Montiel

CC 33066608 de Ayapel- Cordoba

lizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019. con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-11-20
Fecha de vencimiento: 2025-11-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Resultado General -2025-04-22--7:54:33 AM

Tipo Identificación	Nro Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	33066608	ENITH	DEL CARMEN	MONTIEL	CARRANZA	Vigente	Ver

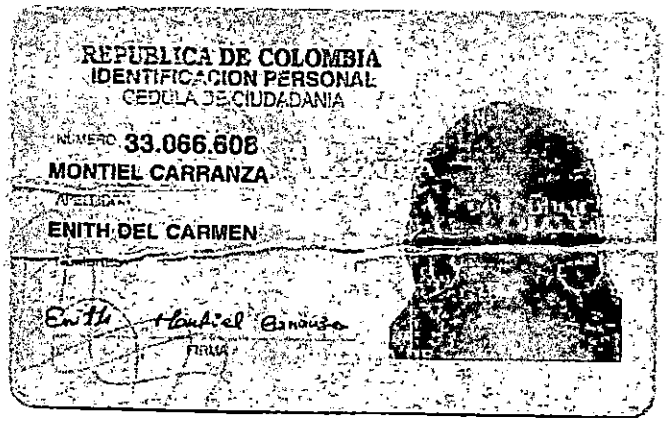
De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA identificado(a) con CC 33066608 registra La siguiente información:

2025-04-22--7:54:33 AM

Información Académico

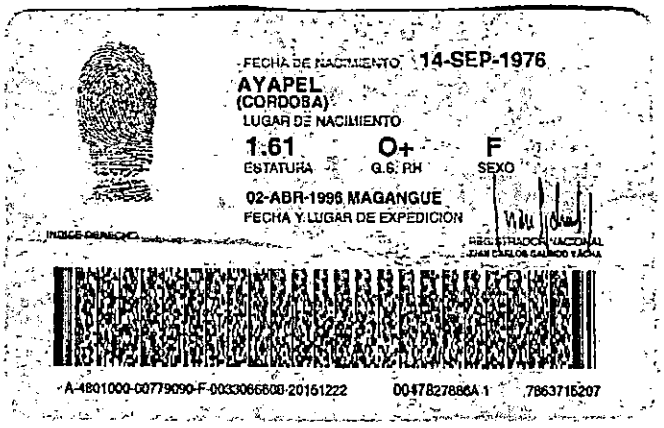
Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2009-09-11	201189	DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR

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).



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33.066.608
MONTIEL CARRANZA
APELLIDOS
ENITH DEL CARMEN
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1976
AYAPEL
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-ABR-1996 MAGANGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-4801000-00779090-F-0033066608-20151222 0047827886A 1 7863715207

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

81

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de abril de 2025, a las 08:00:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	33066608
Código de Verificación	33066608250422080001

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

20

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 269508762

PIB
08:01:06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de abril 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) ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 33066608:

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 Política 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 Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

83

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:45:50 AM horas del 22/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **33066608**

Apellidos y Nombres: **MONTIEL CARRANZA ENITH DEL CARMEN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/04/2025 09:53:46 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **33066608** y Nombre: **ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA.**

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. **114653937** . 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

85

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

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Enith del Carmen Martiel Carranza identificado (a) con C.C 33'066'608 expedida en Plagangué, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;

Enith del Carmen Martiel.

C.C 33'066'608

FECHA EXPEDICION C.C: 02-01-1996

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 08:59:01 horas del 22/04/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **33066608,** Apellidos y Nombres **MONTIEL CARRANZA ENITH DEL CARMEN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **promover sas,** con NIT **809002913-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

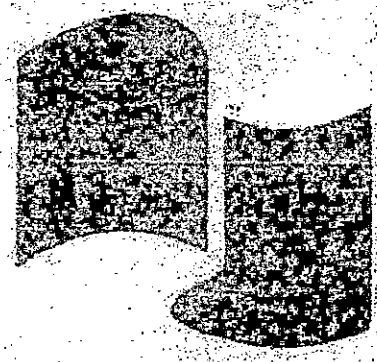
Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 - 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República · Ministerio de Defensa Nacional · Colombia compra eficiente · GOV.CO

Profamilia
Pensando en ti

Línea gratuita nacional 01 8000 110 900
www.profamilia.org.co

Profamilia
Pensando en ti



Certificado de Vacunación

Nombres: Enith Del Carmen
Apellidos: Montiel Carranza
Documento de Identidad: [X] [ ] 33066608
Fecha de nacimiento: 14-Sep-1976
día/mes/año

Vacuna (nombre comercial)	Biológico	Dosis	Fecha de aplicación: Día	Mes	Año	Número de lote	Fecha próxima cita: Día	Mes	Año	Nombre del vacunador
	Virus del Papiloma Humano	1a								
		2a								
		3a								
	Pentavalente: Difteria,Tétanos, Tosferina, Hepatitis B, Haemophilus influenzae B + Polio (Acelular)	1a								
		2a								
		3a								
	Sarampión, Rubéola, y Paperas	Única								
	Sarampión, Rubéola, Paperas y Varicela	1a								
		2a								
	Varicela	1a								
		2a								
	Difteria, Tétanos y Tosferina	Única	29	12	2020	L3H958V				Profamilia
	Hepatitis A	1a								
		2a								
		3a								
	Hepatitis B	1a	29	12	2020	UFX19007				Profamilia
		2a	11	02	2021	UFX19007	11	03	2021	
		3a								
	Hepatitis A + Hepatitis B	1a								
		2a								
		3a								
	Neumococo	1a								
		2a								
		3a								
	Influenza	Única	29	12	2020	Z658564A				Profamilia
	Tétanos	1a								
		2a								
		3a								
	Varicela	1a								
		2a								

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Conservelo

...de requieni el certificado internacional de vacunación ...is, solicite su transcripción en los sitios autorizados

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Enith del Carmen
Apellidos: Montiel Contreras
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 33.966.609
Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 09 Año 1964

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora - Nombre vacunador
...ión - Rubeola	Única			
...bre Amarilla	Única			
	1			
	2			
...oide tetánico ...minos (Td)	1			
	2			
	3			
...ar (VPH)	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora - Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	25-5-23	230360	
Otras				

Certificado Digital de Vacunación
Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

90

Nombres y apellidos / Full name

ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA

Tipo de identificación / ID type

CC

Número de identificación / ID number

33066608

Fecha nacimiento / Date of Birth

14/09/1976

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e mail

enithmontiel@gmail.com

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number		
Primera	Segunda	Refuerzo
Lote / Vaccine Batch		
ER9449	ET6924	FJ1926
Vacuna / Vaccine		
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM
Centro vacunador / Administering Center		
VIVA 1A IPS SA	VIVA 1A IPS SA	VIVA 1A IPS SA
Fecha de aplicación / Date of Vaccination		
11/04/2021	03/05/2021	01/12/2021
País de vacunación / Country of Vaccination		
CO-Colombia	CO-Colombia	CO-Colombia

Sello Digital / Digital Stamp

BRW7BTREQTRADCKFVQJ B3IW7XUDL24VIGIYTUT4U... I+WKSAUYWJYYPODL44N... L2OYYZBECERV7E5ZXXXO... LOEORNSQJQZFEWJ7HOOJZ... AVHV2BSW53CGOIDZTJEM... F7NTP3ZHTDKO... K5ZNG3YZ4NQ... WSN6WDFOPN6UA...

Fecha de emisión del documento / Document issued

12/02/2022 12/02/2022 12/02/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soporteenvacunas@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Web Program of Immunizations - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunizaciones)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

75

a1

ANALICEMOS
Laboratorio Clínico Especializado

LABORATORIO CLÍNICO

Nit: 901.087.458-1

77004198

Orden No	: 77004198	**Autorización**	: 33066608
Paciente	: ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA	**No. Contrato**	:
Documento	: 33066608	**Tipo de Contrato**	: SUBSIDIADO
Edad/Sexo	: 48 / F **F. Nacimiento :** 14/09/1976	**Fecha Ingreso**	: 2025-01-14 14:40:31
Convenio	: PROMOVER S.A.S	**Fecha de Impresión**	: 2025-01-14 16:00:14.
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Factura No.**	:

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
ESPECIALES			
HEPATITIS B - Ac CONTRA Ag DE SUPERFICIE:	582.2	mUI/mL	
Técnica: Electroquimioluminiscencia:			
Valores de Referencia:			
Negativo: Menor de 10.0 mUI/mL.			
Positivo: Mayor de 10.0 mUI/mL.			
Valores mayores de 10.0 mUI/mL indican protección.			

MARIA CAROLINA VALDERRAMA
BACTERIÓLOGA
73-1211
Validación: 14/01/2025 3:57:34 p.

29

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

Fecha: Abril 22.2025

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Enith del Carmen Hortiel Cuanta

Documento de Identidad: 3306660 de: Magangué.

Fecha Nacimiento: 14/09/1976 Edad: 48 Sexo: F

Celular: 3104755560

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

Enith del Carmen Hortiel C.

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

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

RECEPTOR:

PROVEEDOR [ ] CONTRATISTA DE SERVICIOS [X] T.H DE LA EMPRESA [ ]
ESTUDIANTE [ ] RESIDENTE [ ] VISITANTE [ ] OTRO [ ]
CUAL _____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha: Abril 22. 2025 Ciudad: Ibagué

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Enith del Carmen Montiel Carranta

No. C.C : 33066607

FIRMA: Enith del Carmen Montiel Carranta

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

95

Federico Lleras Acosta E.S.E. HOSPITAL DE TOLIMA	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CODIGO: GA-FR-168
		Versión: 2
		Vigencia desde: 15/02/2024
	FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES	Página 1 de 1

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Anual___

Al momento de la vinculación___

Yo Enith del Carmen Hontiel. identificado(a) con cédula de ciudadanía N.° 33066608 de Ataco vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

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

en el cargo específico o contrato: Auxiliar de Enfermería en la siguiente dependencia o área de trabajo: Vacunación.

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

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

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

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

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

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

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

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

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

Otro interés particular

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

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:
Firma del (la) declarante: Enith del Carmen Hontiel C.
Cédula de ciudadanía N.° 33066608 de Ataco
Fecha: 22-04-2025

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.
Nombre de quien recibe: _____
Firma: _____
Cédula de ciudadanía N.° _____de_____

Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011.

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

33

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

Por favor marcar según corresponda:

Aspirante	Estudiante	Pacientes y Acompañantes	Proveedores y Contratistas X
Veedor	Empleado o Exempleado		Otro. ¿Cual? _____

FINALIDAD	
GENERALES	La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL. Pago de obligaciones contractuales. Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma. Soporte en procesos de auditoria externa/interna. Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente. Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL. Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar. Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL. Con propósitos de seguridad o prevención de fraude. Actualización de datos entregados por el Titular. Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Realización de procesos de elección y promoción interna.
ESTUDIANTES	Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos. Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio. Realización de publicaciones internas y externas. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono). Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos. Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente. Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios. Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos. Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud. Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios. Ofrecer información sobre campañas, programas especiales. Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario. Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas. Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar , Abandono Social y maltrato infantil. Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad. Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas. Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil. Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 2 de 2

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

DECLARACIÓN:

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

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):

(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E

(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.

(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de _____ a los ( ) _____días del mes de_____ del Año _____.

Firma: Enith del Carmen Montiel Carranza

Nombre: Enith del Carmen Montiel Carranza

C.C No: 33066608 de: Ibagué

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

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT____ TI:____Otro_____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco_____

98

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 33066608 **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 28/04/2025 10:19 AM

Código Verificación: **CJXGML7Z2W**

Válida hasta: **27/07/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRE:	HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL
IDENTIFICACIÓN:	C. C 1.104.544.243
FECHA DE NACIMIENTO:	14 de Marzo de 2004
DIRECCION RECIDENCIAL:	Calle 160 # 21 Sur 70, Arboleda del Campestre
TEL:	3154288452
E-MAIL:	heidytriana69@gmail.com

100

Perfil

Soy Heidy Johana Triana Montiel de 19 años de edad, actualmente recién egresada del Instituto Nacional de Técnicas INTECS donde realicé mis estudios como auxiliar de enfermería y donde recientemente cuento con resolución activa, me caracterizo por ser una persona responsable y honesta, siempre con actitud y disposición de realizar las tareas que me asignen en mi sitio de trabajo y aprender día a día, soy colaboradora, muy puntual a los horarios, trabajadora en equipo y, sobre todo, empática con mis compañeros ante cualquier situación.

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA:

I.E. San Vicente de Paul
3° Primaria
I.E. Rodrigo Lara Bonilla
5° Primaria
Ibagué

SECUNDARIA:

I.E. Técnica Empresarial
Miguel de Cervantes
Saavedra
11°Secundaria
Ibagué

COMPLEMENTARIOS:

INTECS
-Seminario de Atención a víctimas de violencia sexual
-Seminario de Administración de Medicamentos
-Seminario de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico
-Seminario de Reanimación Cardio Pulmonar RCP

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
-Higiene y manipulación de alimentos
-Técnico en venta de productos y servicios
-Técnicas para las ventas

EXPERIENCIA LABORAL

Realicé mis pasantías durante más de 2 meses en el laboratorio clínico Bioanálisis donde obtuve experiencia en toma de muestras y procesamiento de las mismas, he trabajado como apoyo fundamental en un club de tareas para niños y finalmente estuve laborando como cuidadora domiciliaria de pacientes no críticos.

REFERENCIAS PERSONALES

DANIEL FELIPE GÓMEZ CERVERA
Inspector de SST, Cristalium Center
Tel: 3156693732

LAURA SOFIA VARGAS OSPINA
Estudiantes Aux. Enfermería
Tel: 3132357420

REFERENCIAS FAMILIARES

JONH FREDY TRIANA VARGAS
Agropecuaria Achury Viejo
Tel: 3184839965

MARIA CAMILA TRIANA MONTIEL
Auxiliar de ventas – Lili Pink
Tel: 3053083360

Heidy Triana.

HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL
C.C. 1.104.544.243 de Ibagué

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
y en su nombre

La Institución Educativa

"Miguel de Cervantes Saavedra"

Ibagué - Tolima

Autorizada por la Secretaría de Educación Municipal de Ibagué
según Resolución Nº 2729 del 13 de Octubre de 2017

I.E. MIGUEL DE CERVANTES SAAVEDRA
FORMANDO EMPRESARIOS
1956
EMPRENDIMIENTO - TRASCENDENCIA
SABER - RESPETO

Confiere a:

Heidy Johana Triana Montiel

Identificado(a) con T.I. Nº 1104541243 de Ibagué - Tolima

El Título de

Bachiller Técnico

Con Especialidad en Comercialización de Productos y Servicios

Por haber cursado y alcanzado satisfactoriamente las competencias de formación correspondientes al nivel de Educación Media Técnica según los planes y programas vigentes.

Acta de Graduación Nº 016 del 07 de DIC de 2020 Folio Nº 135-137

Libro de Registro Nº 001 Folio 135-137

Dado en Ibagué Tolima a los 07 días del mes de DICIEMBRE

Sandra Barón Valbuena

Sandra Barón Valbuena
C.C. 39.537.200 de Girardot
Rectora

103

Institución Educativa
"Miguel de Cervantes Saavedra"

Calle 28 N° 4C-115 B/ Hipódromo Tel: 5155543
Resolución de Aprobación N°2729 del 13 de Octubre de 2017
Código Dane: 173001002475
Ibagué – Tolima

Acta individual de Graduación

En la ciudad de Ibagué, a los siete (7) días del mes de Diciembre de Dos mil Veinte (2020), se reunieron en la Rectoría, la Rectora y la Auxiliar Administrativa con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado de educación Media Técnica Jornada Única de la Institución Educativa Miguel de Cervantes Saavedra de Ibagué, Institución autorizada para otorgar el título de "Bachiller Técnico con Especialidad en Comercialización de Productos y Servicios" con reconocimiento de estudios de educación preescolar, básica primaria, secundaria y Media Técnica, con especialidad en comercialización de productos y servicios en la jornada única; educación de adultos modalidad de ciclos "Ciclo Lectivo Especial Integrado III y IV de educación básica y V y VI de Media Académica en Jornada Nocturna y Sabatina", según resolución 2729 del 13 de Octubre de 2017.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes graduandos que cursaron y aprobaron los planes de estudio correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica precisados en el Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el Título de "Bachiller Técnico con Especialidad en Comercialización de Productos y Servicios" y a expedir su respectivo diploma y acta de grado al graduando cuyos nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL

T.I. N° 1.104.544.243 de Ibagué - Tolima

Esta acta consta de 39 estudiantes graduados.
Es copia tomada del libro de Actas Generales de Grado No. 001, Folios No.135-137.
Acta N°. 016 del 07 diciembre 2020.

Se expide en Ibagué -Tolima a los a los siete (7) días del mes de Diciembre de Dos mil Veinte (2020)

SANDRA BARÓN VALBUENA
C.C. 39.557.200 De Girardot
Rectora

6

104

La República de Colombia
y en su nombre

El Instituto Nacional de Técnicas

INTECS

Entidad de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano con autorización oficial según Resolución No. 711006 de Julio 7 de 2009 y con registro de programa mediante Resolución No. 1050-001777 del 28 de Julio de 2016 De la Secretaría de Educación de Ibagué

Concede el presente Certificado de
Aptitud Ocupacional por Competencias a:

HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL

C.C.1,104,544,243

Quien realizó y aprobó satisfactoriamente las competencias correspondientes al programa de:

Técnico Laboral
Por Competencias en:

Auxiliar en Enfermeria

Con una intensidad de 1770 horas

Lorena Del Pilar Buitrago Mejía
Director General (E)

Daniela Alejandra Mora Portillo
Secretaria General

Acta de Certificado No. 252 Folio No.515
Dado en Ibagué, Tolima el 28 de Abril de 2023

5244
Número de certificado

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
Se reconoce el presente título para todos los efectos legales.
Ibagué 07 JUN 2023
Registro No. 73
001880

6

INSTITUTO NACIONAL DE TÉCNICAS
Educación para el trabajo y el desarrollo humano

INSTITUTO NACIONAL DE TÉCNICAS INTECS
Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Licencia de Funcionamiento No 71-1006 del 7 de Julio de 2009.

Con Registro de los programas de Salud según Resolución No 1050-001777 del 28 de julio de 2016 de la Secretaria de Educación Municipal

ACTA INDIVIDUAL DE ENTREGA DE CERTIFICADOS
N.º 252

El día 28 de Abril de 2023, siendo las 6:00 Pm en el Instituto nacional de técnicas INTECS de la ciudad de Ibagué se llevó a cabo a efecto el **ACTO DE ENTREGA DEL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS** al alumno(a) **HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL** identificado(a) con cédula de ciudadanía **C.C. 1,104,544,243** , quien cursó y aprobó en forma satisfactoria el Programa de **TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA,** de acuerdo con los requisitos Académicos exigidos por el Decreto No. 1 – 047 del 12 de enero de 2012 del Ministerio de Educación Nacional y por el Reglamento Pedagógico del Instituto Nacional de Técnicas, INTECS. Dicho acto fue presidido por el Director General (E) **LORENA DEL PILAR BUITRAGO MEJIA** y la Secretaria General **DANIELA ALEJANDRA MORA PORTILLO.**

Una vez cumplido el acto de CERTIFICACIÓN se expide la siguiente acta el día 28 de Abril de 2023.

LORENA DEL PILAR BUITRAGO MEJIA
Director General (E)

DANIELA ALEJANDRA MORA PORTILLO
Secretaria General

Elaboro: CARM

106

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

el Tolima nos une

RESOLUCION N° 001880

"Por la cual se Registra un título y se concede autorización para ejercer como"
TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
En uso de la facultad concedida por los Decretos N° 1875 de Agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL, identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1104544243, ha solicitado el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA, según diploma N° 5244 de fecha 2023-04-28 otorgado por INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS INTECS y acta de grado N° 252.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la circular N° 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA a HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1104544243, titulo otorgado por INSTITUTO NACIONAL DE TECNICAS INTECS, según acta de grado N° 252 del 2023-04-28.

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

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR a HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL, el contenido de la presente resolución, en los términos del artículo 67 y s.s del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

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

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

16 JUN 2023

CLAUDIA MILENA CORREA SANCHEZ
Secretaria de Salud Del Tolima

Elaboró: Marina Doby Montoya Téllez - Aprobo: Victoria Eugenia Nuñez Aguilar Directora Oferta De Servicio Vo.Bo Asesora Juridica- Sandra Paola Sánchez Vargas Vo.Bo. Otto Morales- Abogado Contratista

EL TOLIMA NOS UNE
Secretaria de Salud - Teléfono: 2611111 ext 610 info@saludtolima.gov.co

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
FIRMA

8

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL

Con Cédula de Ciudadanía No. 1104544243

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Ibagué, a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

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

95490148 - 15/12/2023
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 93[illegible]16CC1104544243C.

107

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

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

Certifica

Heidy Johana Triana Montiel

CC 1104544243 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso Programa Ampliado de Inmunización - PAI con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-21
Fecha de vencimiento: 2025-09-21

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

G. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

15

108

109

PROMOVER

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

HACE CONSTAR:

Que la señora **HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL** identificada con cédula de ciudadanía número1104544243, labora para esta empresa desde el 01 (primero) de mayo de 2023 y actualmente, vinculada por medio de un contrato laboral a término fijo inferior a un año desempeñando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA DE VACUNACION PAI.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Ibagué a los veintidós (22) días del mes de abril del año 2025.

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

KENLY JOHANNA GONZALEZ
Directora de Talento Humano

9

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Heidy Johana Triana Montiel

CC 1104544243 de Ibagué, Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado en Soporte Vital Avanzado RCCP (ACLS) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2025-01-14
Fecha de vencimiento: 2027-01-14

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Heidy Johana Triana Montiel

CC 1104544243 de Ibagué, Tolima

ılizó y aprobó el Curso en Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2025-01-14
Fecha de vencimiento: 2027-01-14

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
ÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Heidy Johana Triana Montiel

CC 1104544243 de Ibagué, Tolima

alizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial -
Código Fucsia (AIVVS)
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2025-01-14
Fecha de vencimiento: 2027-01-14

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
EÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

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

Certifica

Heidy Johana Triana Montiel

CC 1104544243 de Ibagué - Tolima

izó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-11-16
Fecha de vencimiento: 2025-11-16

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

NG. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

12

13

SIIPS Externo | OPTICA Externo | SIIPS CADIZ | OPTICA CADIZ | SEVEN - YVGNLOGIN | naizir | Calculadora indemn... | PROMOVER S.A.S N... | Todos los marcadores

Resultado General -2025-04-22--7:54:33 AM -2025-04-22--7:55:31 AM

Tipo Identificación	No. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	1104544243	HEIDY	JOHANA	TRIANA	MONTIEL	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL identificado(a) con CC 1104544243 registra La siguiente información:

2025-04-22--7:55:31 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Que Otorgo
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2023-06-16	1880	GOBERNACION DEL TOLIMA

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

115

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.104.544.243**

TRIANA MONTIEL

APELLIDOS

HEIDY JOHANA

NOMBRES

Heidy Triana.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-2004**

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-MAR-2022 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2900150-01296615-F-1104544243-20220510 0079240956A 1 8504407655

12

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de abril de 2025, a las 07:59:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1104544243
Código de Verificación	11045442432504220759 27

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

119

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 269508864

PIB
08:01:47
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de abril 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) HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1104544243:

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 Política 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 Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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.

17

118

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:46:18 AM horas del 22/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1104544243**

Apellidos y Nombres: **TRIANA MONTIEL HEIDY JOHANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

20

119

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/04/2025 09:51:36 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1104544243** y Nombre: **HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL.**

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. **114653695** . 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

21

120

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

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Heidy phano Triana Ariel identificado (a) con C.C 1.104.544.243 expedida en Ibagué, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;

Heidy phano Triana Ariel.

C.C 1.104.544.243

FECHA EXPEDICION C.C: 29 03 2022

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 09:00:41 horas del 22/04/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1104544243,** Apellidos y Nombres **TRIANA MONTIEL HEIDY JOHANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **promover sas** , con NIT **809002913-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DJINPolicia

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Colombia compra eficiente | GOV.CO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	17-10-2010	2338	
	2	17-11-20	2338	
	3	18-05-21	2338	
	4	07/08/22	230L021	
	5			
Contra Hepatitis B	1	22-01-22	UFF20003	
	2	25-02-22	UFF20003	
	3	26-03-22	UFF20003	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	11/09/21	Pfizer H: 7+10	FF8843		Natalia López Mariaca Peluche	1083899758
	2	06/10/21	Pfizer	FJ4426	VACUNACIÓN Avanzar	AUXILIAR DE ENFERMERIA C.C 1005753711	
		26/04/22	Janssen	20621A	Hospital IPS	ENFERMERIA	236

123

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Heydi Johana

Apellidos: Mena

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1104044243

Fecha de Nacimiento: Día 14 Mes 03 Año 2004

24

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	13-10-2010	23383x0045	
	2	17-11-20	23382XW14	
	3	18-05-21	23361W24	
	4	01/08/22	23040210	
	5			
Contra Hepatitis B	1	22-01-22	UFJ20003	
	2	25-02-22	UFJ20003	
	3	26-03-22	UFJ20003	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		18-02-2014	VIRREY SOLIS	
Contra Influenza		VACUNACION VS MACARENA		
Virus de Papiloma Humano		22/07/13	1001YYD	Nelly
Fiebre Amarilla	ANUAL	17-11-14	USC22CM	SONIA

125

ANALICEMOS
Laboratorio Clínico Especializado

LABORATORIO CLÍNICO

Nit: 901.087.458-1

77004197

Orden No	: 77004197	**Autorización**	: 1104544243
Paciente	: HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL	**No. Contrato**	:
Documento	: 1104544243	**Tipo de Contrato**	: SUBSIDIADO
Edad/Sexo	: 20 / F **F. Nacimiento :** 14/03/2004	**Fecha Ingreso**	: 2025-01-14 14:38:00
Convenio	: PROMOVER S.A.S	**Fecha de Impresión**	: 2025-01-14 16:00:10.
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Factura No.**	:

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
ESPECIALES			
HEPATITIS B - Ac CONTRA Ag DE SUPERFICIE:	>1000	mUI/mL	
Técnica: Electroquimioluminiscencia.			
Valores de Referencia:			
Negativo: Menor de 10.0 mUI/mL.			
Positivo: Mayor de 10.0 mUI/mL.			
Valores mayores de 10.0 mUI/mL indican protección.			

MARIA CAROLINA VALDERRAMA
BACTERIÓLOGA
73-1211
Validación: 14/01/2025 3:57:28 p.

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

70

126

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

Fecha: Nov 22 2025

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Heidy plana Tiana Maniel

Documento de Identidad: 1104544243 de: Hagüe

Fecha Nacimiento: 14-03-2004. Edad: 21 Sexo: F

Celular: 3154288452

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

Heidy plana Tiana M

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

12

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

RECEPTOR:

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

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

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

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

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

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

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

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

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

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION|	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión: 2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 2 de 2

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

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

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

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

Fecha: Abril 22-2025 Ciudad: Ibagué.

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Heidy phara Triana Martel

No. C.C : 1.104.544.243

FIRMA: Heidy phara Triana Martel

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

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 1 de 2

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

Por favor marcar según corresponda:

___ Aspirante	___ Estudiante	___ Pacientes y Acompañantes	Proveedores y Contratistas X
___ Veedor	___ Empleado o Exempleado		Otro. ¿Cual? _____

FINALIDAD

GENERALES	La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL. Pago de obligaciones contractuales. Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma. Soporte en procesos de auditoria externa/interna. Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente. Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL. Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar. Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL. Con propósitos de seguridad o prevención de fraude. Actualización de datos entregados por el Titular. Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Realización de procesos de elección y promoción interna.
ESTUDIANTES	Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos. Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio. Realización de publicaciones internas y externas. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono). Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos. Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente. Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios. Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos. Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud. Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios. Ofrecer información sobre campañas, programas especiales. Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario. Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas. Elaboración de informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar , Abandono Social y maltrato infantil. Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad. Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas. Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil. Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.

130

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 2 de 2

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

DECLARACIÓN:

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

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):
(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E
(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.
(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de _____ a los ( ) _____días del mes de_____ del Año _____.

Firma: Heidy Johana Triana M.
Nombre: Heidy Johana Triana Montiel
C.C No: 1.104.544.243 de: Ibagué.

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

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT____ TI:____Otro_____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco_____

93

131

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 1104544243 **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 08/01/2025 09:48 AM

Código Verificación: **ZGKHDRACUX**

Válida hasta: **08/04/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Fecha: Ibagué,

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.9.9.01

Nombre Rubro Presupuestal: OTROS SERVICIOS SANITARIOS N.C.P

Valor: $15.510.000

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

PRESTAR EL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E. por seis (6) meses a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMÁN
Unidad Funcional Internación Médica

Autorización Ordenador del Gasto:

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ AM ___ PM___

Diligenció
Nombre: *Alejandra Martínez* Firma:
Fecha:

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