Vencido

| LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ADMINISTRATIVA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | DOCUMENTOS | FOLIOS | CUMPLE | | | RESPONSABLE |
| | | | SI | NO | NO APLICA | |
| | **ETAPA PREPARATORIA** | | | | | |
| 1 | FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA | 1 | ✓ | | | |
| 2 | GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo | 2-10 | | | | SUPERVISOR |
| 3 | SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | 11 | | | | SUPERVISOR |
| | **ETAPA PRECONTRACTUAL** | | | | | |
| 4 | PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II | 12 | ✓ | | | |
| 5 | PROPUESTA | 13 | ✓ | | | |
| 6 | CARTA DE ACEPTACIÓN (firma gerente) | 14 | | | | SUPERVISOR |
| 7 | HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II | 15-17 | ✓ | | | |
| 8 | CERTIFICADOS DE ESTUDIOS (Titulos 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) | 18-21 | ✓ | | | |
| 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) | 22 | ✓ | | | |
| 10 | CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos) | 23-37 | ✓ | | | |
| 11 | TARJETA PROFESIONAL (si aplica) | 38 | ✓ | | | |
| 12 | LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA | — | — | | | |
| 13 | FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150% | 39 | ✓ | | | |
| 14 | RUT ACTUALIZADO (vigencia menor a 3 meses) | 40 | ✓ | | | |
| 15 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses) | 41 | ✓ | | | |
| 16 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses) | 42 | ✓ | | | |
| 17 | ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses) | 43 | ✓ | | | |
| 18 | PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (cuando aplique) | 44 | ✓ | | | |
| 19 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS (menor a 3 meses) | 45 | ✓ | | | |
| 20 | CERTIFICADO AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN (menor a 3 meses) | 46 | ✓ | | | |
| 21 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A ARL (cuando aplique/menor a 3 meses) | 47 | ✓ | | | |
| 22 | CERTIFICADO CUENTA BANCARIA (activa) | 48 | ✓ | | | |
| 23 | CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años) | 49 | ✓ | | | |
| 24 | CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION | 44 | ✓ | | | |
| 25 | EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL (vigencia menor a dos años) | 50 | ✓ | | | |
| 26 | FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES --DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019 | 51-53 | ✓ | | | |
| 27 | GA-FR-099- FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTES (VoBo área encargada) | 54 | ✓ | | | |
| 28 | FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano) | 55 | | | | SUPERVISOR |
| 29 | CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor) | 56 | | | | SUPERVISOR |
| 30 | SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx) | 57 | ✓ | | | |
| 31 | GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN | 58 | ✓ | | | |
| 32 | GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | 59 | ✓ | | | |
| 33 | GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES | 60-61 | ✓ | | | |
| 34 | CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021 | 62 | ✓ | | | |
| 35 | FORMATO SOLICITUD DE REGISTRO PRESUPUESTAL | 63 | | | | SUPERVISOR |
| | **ETAPA CONTRACTUAL** | | | | | |
| 36 | CONTRATO | | | | | JURIDICA |
| 37 | REGISTRO PRESUPUESTAL | | | | | PRESUPUESTO |
| 38 | PÓLIZAS SOLICITADAS(CUANDO APLIQUE) | | | | | |
| 39 | RECIBO PAGO PÓLIZAS | | | | | |
| 40 | ESTAMPILLAS (Si aplica) | | | | | |
| 41 | CERTIFICADO AFILIACIÓN ARL | | | | | JURIDICA |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 42 | CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN | | | | | JURIDICA |
| 43 | ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO. | | | | | SUPERVISOR |
| 44 | 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

| Federico Lleras Acosta | GESTIÓN JURÍDICA | Código: GJ-FR-011 |
|---|---|---|
| | | Versión: 2 |
| | FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA - PERSONA NATURAL | Vigente : 2/10/2023 |
| | | Página: 1 de 1 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | 7/05/2025 | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | leidy_1422@hotmail.com | | | |
| PRIMER NOMBRE | Leidy | | | | | SEGUNDO NOMBRE | | | Julieth | | | |
| PRIMER APELLIDO | Rivera | | | | | SEGUNDO APELLIDO | | | Rodriguez | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) | 18/12/1990 | | | | | LUGAR DE NACIMIENTO | | Honda | | RH | A+ | |
| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | CC | x | CE | | | NÚMERO DE DOCUMENTO | | 1111197830 | | | | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN | Mriquita | | | | | GENERO | | Femenino | | EDAD | 34 | |
| ESTADO CIVIL | Soltera | | NÚMERO DE HIJOS | | 0 | TELEFONO CELULAR | | 3204356513 | | TELEFONO FIJO | | |
| DIRECCIÓN ACTUAL | calle 89 # 33-86 sur, florida 4 torre 2 apto 1011 | | | | | | | CIUDAD | | Ibague | | |
| TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD | | | SI | | | NO | x | ¿CUAL? | | | | |
| N° LIBRETA MILITAR (Cuando Aplique) | | | | | | DISTRITO MILITAR (Cuando Aplique) | | | | | | |
| PROFESIÓN | Salud ocupacional | | | | | ESPECIALIZACIÓN | | | | | | |
| NIVEL DE RIESGO SEGÚN ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR | 1 | | 2 | | 3 | x | 4 | | | 5 | | |
| N° TARJETA PROFESIONAL (Cuando Aplique) | 1947 | | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | 13/07/2017 | | |
| EPS | Sanitas | | | | | FONDO DE PENSION(AFP) | | | | Porteccion | | |
| ARL | Positiva | | | | | FUNCIÓN A DESEMPEÑAR | | | | Contratista | | |
| ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO | | | | | | | | | | | | |
| CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACION DE DOCUMENTOS | SI | | NO | x | | NUMERO DE CONTRATO | | FECHA DE TERMINACION | | | | |
| TENGA EN CUENTA QUE NO DEBE HABER CONTRATOS CON UN MISMO OBJETO CONTRACTUAL EN EJECUCION SIMULTANEA. | | | | | | | | | | | | |
| ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE-AFILIACIÓN ARL PERSONA NATURAL | | | | | | | | | | | | |
| CONTRATO NUMERO | | | | | | | | FECHA DE SUSCRIPCIÓN (FIRMA) | | | | |
| DURACIÓN DEL CONTRATO | MESES | | | DIAS | | | | | | | | |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | | | | | | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO | | | | | | |
| FECHA DE INICIO COBERTURA ARL | | | | | | FECHA DE TERMINACIÓN COBERTURA ARL | | | | | | |
| VALOR | | | | | | | | | | | | |

**PROCESO DE SELECCIÓN DE:**
**CONTRATACIÓN DIRECTA_X_**
**MINIMA CUANTIA: _____**
**MENOR CUANTIA: _____**
**MAYOR CUANTÍA: _____**

| E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA | |
|---|---|
| **ESTUDIOS PREVIOS** | |
| | |
| **CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL** | |
| Fecha de elaboración del Estudios Previos | 07 DE ABRIL DEL 2025 |
| Nombre del funcionario que diligencia el Estudios previos | ANDRES FELIPE MUÑOZ ZUÑIGA |
| Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |
| Dependencia solicitante | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |
| Tipo de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS |
| Presupuesto Oficial | $ 34.400.000 |
| Rubro del Presupuesto Oficial | 2.1.2.02.02.008.8.3.9.9.0.01 – OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P. |
| | |
| **Descripción de la Necesidad** | |
| Justificación | El hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima, es Una entidad descentralizada del orden departamental, cuyo cometido estatal corresponde a la prestación de servicios de salud a la población en los niveles mediana y alta de complejidad, siendo único en su condición de Entidad Publica dentro del Departamento del Tolima.<br><br>Actualmente el Hospital Federico Lleras Acosta ESE tiene entre sus planta temporal, planta permanente y supernumerarios más de 1300 empleados, adicional a sus funcionarios nombrados cuenta con contratistas en diferentes áreas que desarrollan sus actividades dentro de las sedes que se encuentran actualmente habilitadas para brindar servicios, sede la Francia y Limonar.<br><br>Que de acuerdo al decreto 1443 de 2014, por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), es obligación de las entidades dar cumplimiento a dicha normatividad y velar porque todos los integrantes |

| | |
|---|---|
| | (funcionarios y contratistas) cumplan con los estándares mínimos requeridos por la norma.<br><br>Que de acuerdo el Decreto 1072 de 2015 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo en el libro 2 parte 2 título 4 capítulo 6 establece las características que debe tener el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo, en el cual se requiere dar cumplimiento a una serie de requisitos en pro del bienestar de los trabajadores en el cumplimiento de sus funciones.<br><br>Por tanto y para dar cumplimiento a la normatividad vigente se debe contar con un profesional en salud ocupacional o seguridad y salud en el trabajo para apoyar el desarrollo e implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, en la ejecución de las diferentes actividades como: inspecciones en las diferentes áreas del hospital con el fin de identificar los peligros valorar los riesgos con el fin de minimizar los riesgos de accidentes y enfermedades laborales, actualización de la documentación de acuerdo a lo exigido a la norma, capacitación a funcionarios en factores de riesgo, programas, políticas, y demás documentos con el que el área cuenta para promover la salud de los trabajadores. |
| **Descripción y Especificaciones del objeto a contratar** | |
| Objeto del Contrato | **CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES.** |

| **Identificador con el clasificador de bienes y servicios** | | |
|---|---|---|
| segmento | 80 | Servicios de gestión, servicios profesionales de empresa y servicios administrativos |
| familia | 11 | Servicios de recursos humanos |
| Clase | 17 | Reclutamiento de personal |
| Producto 1 | 01 | Servicios de contratación de personal |

| | |
|---|---|
| Especificaciones Técnicas | Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento:<br><br>• Título profesional en Salud Ocupacional.<br>• Con tarjeta Profesional Vigente<br>• Con mínimo 24 meses de experiencia profesional relacionada. |

| | |
|---|---|
| Plazo del Contrato | **Ocho (08) 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 | **La Entidad Estatal CONTRATANTE, pagará el valor de presente contrato de la siguiente manera:**<br><br>**Ocho pagos iguales de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE ($4.300.000.00).**<br><br>**De acuerdo a los registros que para el efecto sean llevados, teniendo en cuenta los siguientes requisitos:**<br><br>➢ Previa aportación del documento idóneo que pruebe que se encuentra al día en el pago de Salud, Pensión y ARL del mes que corresponde.<br>➢ Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto del contrato |

| **VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANALISIS ECONOMICO JUSTIFICADO** | |
|---|---|
| El valor Estimado para la presente contratación es de: | **TREINTA Y CUENTO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE ($34.400.000.00).** |

**ESTUDIOS DE MERCADO**

Para efectos del cálculo del presupuesto se realizó, el análisis económico del valor estimado del contrato, basándose en los valores de contratación con objetos contractuales similares de entidades como el Hospital Militar, Alcaldía Municipal de Caucasia y Dirección de Sanidad del Ejército, donde los valores mensuales oscilan entre $3.700.000.00 y $5.000.000.00.

Igualmente teniendo en cuenta que durante la vigencia 2023 y 2024 el Hospital Federico Lleras Acosta ESE realizo contratación con objeto contractual igual al que se dispone contratar con el presente análisis de conveniencia se realizaron los respectivos ajustes presupuestales al valor contrato.

| N° de Contrato | Valor Mensual |
|---|---|
| 2024-0086 | $4.247.720 |
| 2024-0344 | $4.300.000 |
| 2025-0160 | $4.300.000 |

| | |
|---|---|
| Obligaciones del Contratista. | **OBLIGACIONES GENERALES:**<br><br>1. Actuar con eficacia y responsabilidad en la ejecución de las actividades objeto de contrato y conexas al mismo, para lo cual llevara un control de la totalidad de actividades desarrolladas.<br>2: Cumplir sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social, en salud y pensión, conforme lo dispone el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas que las modifiquen, aclaren o adicionen.<br>3. Rendir oportunamente los informes que sobre la ejecución y estado del contrato le solicite el CONTRATANTE por conducto del supervisor y acatar las instrucciones e indicaciones que éste le imparta.<br>4. Dar cumplimiento al Decreto 2842 de 2010, registrando la hoja de vida con los respectivos soportes documentales en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público (SIGEP), en los términos del Artículo 227 del Decreto 19 de 2012<br>5. Presentar el examen pre-ocupacional practicado por profesional idóneo y autorizado de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 723 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social como requisito previo a la firma del acta de inicio.<br><br>**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**<br><br>6. Apoyar en la formulación y ejecución de las actividades dentro del Plan de Trabajo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo para la vigencia 2025.<br>7. Realizar apoyo en la elaboración de la Matriz de requisitos legales para el 2025.<br>8. Apoyar en la construcción del cronograma de inspecciones, ejecutar las inspecciones asignadas, realizar la respectiva recolección de evidencias de las mismas, informe de la inspección y seguimiento a lo evaluado.<br>9. Asesorar en la actualización de la política y objetivos de seguridad y salud en el trabajo y revisión con el COPASST.<br>10. Apoyar en la actualización, revisión y/o formulación de los documentos del Sistema de Gestión del área de Seguridad y Salud en el trabajo de acuerdo con las competencias.<br>11. Apoyar el proceso de autoevaluación del plan de trabajo para la Plan de Trabajo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo para la vigencia 2025.<br>12. Realizar acompañamiento en la investigación de Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales con el grupo de investigación |

| | |
|---|---|
| | 13. Realizar acompañamiento y asesoría en la formulación de planes de mejora de acuerdo a los resultados de evaluación del Plan de Trabajo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo para la vigencia 2025 y cumplimiento de los estándares de la Resolución 0312 de 2019.<br>14. Acompañar las actividades desarrolladas por la entidad relacionadas con la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como la promoción de la salud en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de conformidad con la normatividad vigente.<br>15. Realizar asesoría y acompañamiento en la adopción de medidas eficaces que garanticen la participación de todos los trabajadores, contratistas y representantes ante el comité paritario o vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo, en la ejecución de la política y que también estos últimos cuenten con los recursos necesarios.<br>16. Apoyar el proceso de verificación del cumplimiento del Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo por parte de las empresas con las cuales se tiene contratos.<br>17. Realizar apoyo en el análisis, evaluación y formulación de medidas de prevención requeridas conforme a las necesidades de la entidad.<br>18. Realizar acompañamiento a las inspecciones realizadas por el COPASST.<br>19. Realizar apoyo en la presentación de informes del área conforme a los requerimientos de la misma y/o del supervisor y/o ordenador del gasto.<br>20. Apoyar en la realización de capacitaciones relacionadas con el objeto contractual y las competencias del mismo, y socialización de programas del área al personal de la entidad.<br>21. Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato y/o ordenador del gasto en cumplimiento con el objeto contractual. |
| Obligaciones de la E.S.E. | • Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato<br>• Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley<br>• 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. | • Título profesional Salud Ocupacional, tarjeta profesional vigente y veinticuatro (24) meses de experiencia profesional relacionada. |
| 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.

**DEFINICIONES:**

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

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

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

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

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

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

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

| No. | Clase | Fuente | Etapa | Tipo | DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir) | Consecuencia de la ocurrencia de la evento | Probabilidad | Impacto | Calificación Total | Prioridad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | General | Interno | Ejecución | Operacional | Ocurre cuando se presentan demoras por parte de la Entidad en las aprobaciones previas de los productos y/o informes desarrollados por el contratista. | Afecta el cumplimiento de las obligaciones del contratante a cargo del Supervisor del contrato, relacionadas con la aprobación de productos y/o informes, y genera retraso en el trámite de pago a favor del contratista. | Moderado | Moderado | Medio | Media |
| 2 | General | Interno | Contratación | Financiero | Se presenta cuando la entidad no cuenta con los recursos para pagar el valor del contrato en los plazos establecidos. | Genera mora de la entidad en el pago que puede afectar al contratista, hasta el punto de romper la ecuación económica del contrato. | Raro | Menor | Bajo | Baja |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | General | Externa | Ejecución | Regulatorio | Se presenta por la expedición de normas que impongan nuevos tributos, impuestos o cargas parafiscales, que pueden afectar el equilibrio económico del contrato. | Genera una carga adicional a las previstas, que puede afectar a cualquiera o a las dos partes del contrato. | Raro | Menor | Bajo | Baja |
| 4 | General | Externa | Ejecución. | Financieros | Los efectos derivados de las variaciones en los precios de mercado de los elementos a suministrar. | Afecta la entrega oportuna de los elementos objeto de compra | Probable | Alto | Alto | Alto |

**Forma de Mitigarlo:**

| No. | ¿A quién se le asigna? | Tratamiento / Controles a ser implementados | Impacto después del tratamiento | | | ¿Afecta el equilibrio económico del contrato? | Persona responsable por implementar el tratamiento | Monitoreo y revisión | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Probabilidad | Impacto | Calificación Total | | | ¿Cómo se realiza el monitoreo? | Periodicidad ¿Cuándo? |
| 1 | HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA | 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 | HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA | El supervisor informará de manera oportuna fechas previstas de pagos, para programación de los recursos. | Raro | Insignificante | Baja | No | Supervisor – Contratista | Seguimiento a la ejecución del contrato y entrega oportuna de la documentación requerida. | Permanente |
| 3 | CONTRATISTA | El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta. | Raro | Insignificante | Baja | No | Contratista | Validación régimen de impuestos. | Al elaborar la propuesta |

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

## CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN FINANCIERA

**Soporte técnico y económico del valor estimado del contrato**

| | |
|---|---|
| Variables consideradas para calcular el presupuesto oficial | Los valores asignados para este tipo de contratación son de acuerdo a la proyección presupuestal para la vigencia fiscal 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.<br><br>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.<br><br>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:<br><br>Conoce y acepta los Documentos del Proceso<br><br>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.<br>Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato.<br><br>Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad.<br><br>Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente.<br><br>El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionados con el cumplimiento del objeto del presente contrato.<br><br>El contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.<br><br>En caso de adjudicación del contrato el contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños.<br>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 Artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados a Hospital Federico Lleras Acosta por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. |
| Confidencialidad | En caso de que exista información sujeta a reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. Para el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, la Historia Clínica de los Pacientes gozan de Reserva Legal. |
| Terminación, 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.<br><br>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.<br><br>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<br><br>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 de PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 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 clausulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes. |
| Auditoria: | La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorias en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP) (ARL) (EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Convienen las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista. |
| Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT | 1) EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. 2) EL CONTRATISTA, se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, provengan, de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo.3) En todo caso, si durante el plazo de vigencia del contrato, EL CONTRATISTA, algunos de sus administradores, socios o administradores llegaren a ser (I) vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo. (II) Incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas |

| | |
|---|---|
| | relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o (III) Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos ; o IV) llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos, EL CONTRATANTE tiene el derecho de terminar unilateralmente el contrato sin que por este hecho esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a EL CONTRATISTA. 4) De la misma forma, EL CONTRATISTA, declara que los recursos que incorpora para el desarrollo del Objeto contractual, proceden de actividades completamente lícitas.5) EL CONTRATISTA, se obliga expresamente a entregar a EL CONTRATANTE, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que EL CONTRATANTE requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula, EL CONTRATANTE tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica surgida.6) EL CONTRATISTA, manifiesta que conforme a lo anterior autoriza al Contratante la consulta y verificación en cualquier base de datos, listas restrictivas y públicas. |
| Gastos: | Los gastos que ocasione la legalización del contrato en caso de adjudicación del contrato a cargo del Contratista. |
| Publicación: | Conforme lo estatuido en el Decreto 019 de 2012, la contratación de la E.S.E., deberá ser publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública-SECOP II - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente. |
| Domicilio Contractual | Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué |
| Estampillas | **Se deberá establecer según el objeto contractual las estampillas a solicitar o en caso tal indicar que no se requiere el cobro de las mismas.** |

| ESTAMPILLA | USO | TARIFA |
|---|---|---|
| PROCULTURA | TODOS LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, ENCARGOS FIDUCIARIOS Y FIDUCIA PUBLICA Y SUS MODIFICACIONES, QUE SE SUSCRIBAN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON PERSONAS NATURALES O JURIDICA DE DERECHO PRIVADO | 1 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA |
| PROHSPITAL | TODOS LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, QUE SE SUSCRIBAN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON | 1 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | PERSONAS NATURALES O JURIDICA DE DERECHO PRIVADO | |
| | PROELECTRIFICADORA | TODOS LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONCESION SUS MODIFICACIONES, QUE SE SUSCRIBAN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON PERSONAS NATURALES O JURIDICA DE DERECHO PRIVADO | 0,5 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA |
| | **LOS ACTOS O DOCUMENTOS CUYO PRODUCTO DE LA TARIFA ARROJE CIFRA FRACCIONADA, SERA ASIMILADA AL MULTIPLO DE 1.000 MAS CERCANO**<br>**De acuerdo a liquidación realizada por la Oficina Asesora de Jurídica, el contratista presentara ante la Dirección de Rentas e Ingresos del Tolima (centro de atención al Contribuyente – piso quinto de la Gobernación del Tolima), fotocopia del contrato y la liquidación realizada por la Oficina Asesora de Jurídica del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, quienes le realizan la respectiva revisión y le hace entrega de los volantes por cada una de las consignaciones, las cuales debe llevar al Banco que le sea asignado y realizar las respectivas consignaciones. Luego lleva las consignaciones a la Dirección de Rentas e Ingresos donde la Profesional generará las estampillas, para que este a su vez las presente al Hospital Federico Lleras Acosta y se adhiera al presente contrato (conforme a lo establecido en la ordenanza N° 0014 del 29 de Diciembre de 2017 emanado de la Asamblea Departamental del Tolima).**<br>Nota: De acuerdo al tipo de contratación, se selecciona la tabla correspondiente. | | |
| Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual. | Ver anexo | | |

Responsable,

**ANDRES FELIPE MUÑOZ ZUÑIGA**
Profesional Universitario SST
Hospital Federico Lleras Acosta ESE

**MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE**
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta ESE

| Federico Lleras Acosta<br>EL HOSPITAL DE TODOS | GESTIÓN FINANCIERA | CÓDIGO: GF-FR-066 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | FORMATO SOLICITUD CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | Vigente desde: 30/06/2023 |
| | | Página: 1 de 1 |

Fecha: Ibagué, 15 MAY 2025

**Para:** Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

**Rubro Presupuestal:** 2.1.2.02.02.008.8.3.9.9.0.01

**Nombre Rubro Presupuestal:** OTROS SERVICIOS PROFESIONALES TECNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P

**Valor:** $ 34.400.000.

**Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):**

CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES. PLAZO 8 OCHO MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO.

**Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado**

**ANDRES FELIPE MUÑOZ ZUÑIGA**
Profesional Universitario

**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** ____ **Ms**_____ **Año** _____ **Hora:** _____ **AM** ___ **PM**___

**Diligenció**

Nombre: Andres Muñoz Firma:

*Fecha: 07/05/2025*

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

## Escritorio

**OPORTUNIDADES RECIENTES**

No se han encontrado

Última Actualización

| 0 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|
| Suscripciones | En edición | Adjudicaciones pendientes | Invitaciones directas |

**ÚLTIMAS OFERTAS**

No se han encontrado

## Sugerencias SECOP

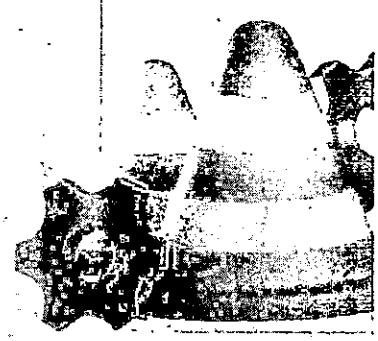
Colombia Compra Eficiente

# Mantenimiento en SECOP II

Desde:
**Viernes 25**
de abril 10:00 p. m

Hasta:
**Sabado 26**
de abril 6:00 a. m.

Durante este tiempo la plataforma no estará disponible; la información y los datos se conservarán seguros en la nube pública.



## Mensaje Todos

*Sin mensajes...*
Más información .

## Oportun Recibidas

*Sin oportunidades*
Más información .

Ibagué, 06 mayo 2025

Señores
Hospital Federico Lleras Acosta ESE
Ibagué-Tolima

**Referencia: Presentación de propuesta**

Respetada Doctor:
**MARTHA PALACIOS URIBE**

Teniendo en cuenta que el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. en cumplimiento de su misión y considerando que la Oficina de Talento Humano – Salud Ocupacional requiere del servicio para ***CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES.*** y que se requiere apoyar la gestión de dicha oficina para apoyar los procesos de presentación y seguimiento a informes, motivo por el cual se requiere ***CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES.*** para lo cual pongo a su disposición mi hoja de vida, en la cual se evidencia mi idoneidad y amplia experiencia en esta área.

La presente propuesta se realiza con el objeto de: ***CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES.***

Cuento con Conocimientos en:

- Título profesional en Salud Ocupacional.
- Con Resolución de Tarjeta Profesional
- Experiencia mínima de 15 meses en el área
- Título en especialización en Gerencia de la Salud.

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 8° de la Ley 80 de 1993 y el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás disposiciones legales vigentes sobre la materia.

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: Persona Natural

6. Que esta propuesta compromete a la firmante de esta carta.

7. Que ninguna entidad o persona distinta de la 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 **TREINTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE ($34.400.000.00)** y duración de OCHO MESES (8), **contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución**

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

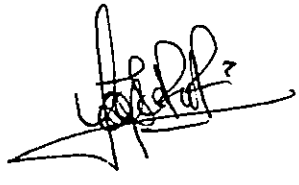
11. Que he leído y verificado los datos consignados en el contrato que voy a suscribir en cuanto a la identificación, la vigencia, el valor, las obligaciones, los requisitos de perfeccionamiento, la forma de pago y que los mismos son correctos y corresponden a la propuesta presentada

Además, manifiesto:

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

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

Cordialmente,



**LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ**
Profesional Salud Ocupacional

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

Ibagué, 07 de abril de 2025.

Señora:
**LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ**
E. S. M

Respetada señora Rivera:

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: **CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES.** 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, y 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**
**Hospital Federico Lleras Acosta**

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Rivera | Rodriguez | Leidy Julieth |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1111197830 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 18 MES 12 AÑO 1990 | CALLE 89 3 86 SUR conjunto residencial florida 4 torre 2 apto 1011 | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | TOLIMA |
| DEPTO | TOLIMA | MUNICIPIO | IBAGUÉ | | |
| MUNICIPIO | HONDA | TELÉFONO | 2520721 | EMAIL | leidy_1422@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2017 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD | 12 | 2023 | NO APLICA |
| PREGRADO | 10 | X | | SALUD OCUPACIONAL | 12 | 2016 | Numero Resolución 1947 |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| POSITIVA Y CONFATOLIMA | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 50 | X | | IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | 03 | 2016 |
| POLITECNICO DE COLOMBIA | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 100 | X | | DIPLOMADO EN GERENCIA DE LA CALIDAD-ISO 9001 DE 2015 | 05 | 2016 |
| POLITECNICO DE COLOMBIA | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 100 | X | | DIPLOMADO EN GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD | 05 | 2016 |
| ICONTEC INTERNACIONAL | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 56 | X | | FORMACION DE AUDITORES INTERNOS SISTEMAS DE GESTION INTEGRADOS HSEQ NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015, Y OHSAS 18001:2007 | 10 | 2016 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | CURSO DE 20 HORAS DEL SG-SST | 07 | 2021 |
| CORPORACION EDUCATIVA HUMANAR | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 30 | X | | PROTECCION RADIOLOGICA EN APLICACIONES MEDICAS | 08 | 2023 |

## 4 IDIOMAS

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 |
| | | | | | | | | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>TOLIMA | MUNICIPIO<br>ESPINAL | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3168316209 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día | 16 | Mes | 09 | Año | 2020 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJ | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 4 6 29, El Espinal, Tolima | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>IBAGUÉ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>2739805 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 07 | *Año* 2020 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>GESTION DEL TALENTO HUMANO, SEGURIDAD Y | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 33 4A 50 la francia | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE SALDAÑA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>SALDAÑA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>2266035101 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 11 | *Año* 2017 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2020 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>OFICINA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 16 16 18 edificio municipal | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL PLANADAS - PLANADAS | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>PLANADAS | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>2265252 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 05 | *Año* 2016 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2019 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 9N 5 13 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>AR TEMPORAL | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3114453293 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* 2014 | *Día* | 11 | *Mes* | 04 | *Año* | 2016 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APOYO SALUD OCUPACIONAL | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>MAX EMPLEO | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* 2012 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>URGENCIAS | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>COOTRASALUD | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>TOLIMA | *MUNICIPIO*<br>SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3184155589 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* | 2011 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2011 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>URGENCIAS | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 3 | 8 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 8 | 6 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**8** FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Ibague 30 diciembre 2024

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

**9** 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*

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# Universidad del Tolima

Creada mediante Ordenanza número 005 de mayo 21 de 1945 de la Asamblea Departamental del Tolima

OTORGA EL TÍTULO DE

## Profesional en Salud Ocupacional

A

## Leidy Julieth Rivera Rodriguez

C.C. No. 1111197830 expedida en Mariquita

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello se expide el presente

# DIPLOMA

En la ciudad de Ibagué, a Abril 8 de 2017

El Rector de la Universidad

La Secretaria General

Universidad del Tolima
Libro de registro No. 15
Folio No. 42
Registro No. 91517

EXENTO Registro Deptal. Artículo 62 Dec. Nal. 2150/95

POSITIVA

POSITIVA EDUCA

# LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Mediante registro RCO-002 del Ministerio del Trabajo, que avala el proceso de formación acorde con la circular 063 del 2020 y en su nombre

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Certifican que:

**Leidy Julieth Rivera Rodriguez**

Identificado (a) con No. 1111197830

Cursó y aprobó satisfactoriamente el

## CURSO DE 20 HORAS DEL SG-SST

Actualización del proceso educativo virtual de 50 horas AVANZANDO PARA MEJORAR

**Con una intensidad de estudio de 20 horas**

Se expide en Bogotá D.C. a los 9 días del mes de julio de 2021

El proceso académico es garantizado por la Universidad de la Sabana bajo convenio suscrito con POSITIVA Compañía de Seguros S.A

60e87b53-b21c-44a4-af3a-6e9f0a0a1706

El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

HUMANAR
corporación educativa
CEH-AC-CV-1386

LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

# CORPORACION EDUCATIVA HUMANAR

Girardot-Cundinamarca – Resolución 1063 de diciembre 28 de 2015

## EDUCACIÓN CONTINUADA

Radproct
SAFERAY FOR ALL

Otorga la presente Constancia de Asistencia a:

# Leidy Julieth Rivera Rodriguez

C.C. 1.111.197.830 de Mariquita

Quién culminó satisfactoriamente el Curso en:

## Protección Radiológica en Aplicaciones Médicas

I.H.T. 30 Horas Académicas

En fe de lo anterior se firma la presente constancia. A los veintiocho (28) días del mes de agosto de 2023

Uriel Chica Villegas
PhD-Física Médica

Dirección HUMANAR corporación educativa
Formación para el trabajo y el desarrollo humano

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITECNICO DE COLOMBIA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución Nº 09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

*HACE CONSTAR QUE:*

# LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ

Con Documento de Identidad No 1111197830

**CURSÓ Y APROBÓ EL**

## DIPLOMADO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

**MEDELLIN - MAYO 13 DE 2016**

Con una intensidad horaria de cien (100) horas

**Registrado en el Libro de Actas No 0020160513**

POLITECNICO DE COLOMBIA

**FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 160513A**

**www.politecnicodecolombia.edu.co**

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo admisiones@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el Nº del libro de actas con el cual se registra el mismo.

12

22

# DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL

**OTORGADO A:**

## *Leidy Julieth Rivera Rodriguez*

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Número 1111197830

**Asistió y Aprobó CURSO BÀSICO en:**

## Humanización en los Servicios de Salud

**Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.**

*13 de mayo de 2025*
**Fecha**

**Representante Legal**

**Docente**

HOSPITAL CENTRO E.S.E.
PLANADAS TOLIMA
Nit. 890.704.555-7

**ESAC- 029**

**LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL CENTRO E.S.E. PLANADAS TOLIMA**

**C E R T I F I C A :**

Que, **LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.111.197.830, presto sus servicios al Hospital Centro E.S.E. de Planadas Tolima, como Profesional en salud ocupacional, vinculada mediante contrato de prestación de servicios, así:

| Contrato | FECHA INICIO | | | FECHA TERMINACION | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| **165** | 03 | Mayo | 2016 | 30 | Junio | 2016 |
| **244** | 01 | Julio | 2016 | 30 | Septiembre | 2016 |
| **349** | 01 | Octubre | 2016 | 31 | Diciembre | 2017 |
| **166** | 2 | Mayo | 2017 | 30 | Julio | 2017 |
| **264** | 1 | Agosto | 2017 | 31 | Octubre | 2017 |
| **345** | 1 | Noviembre | 2017 | 31 | Diciembre | 2017 |
| **059** | 1 | Enero | 2018 | 30 | Junio | 2018 |
| **166** | 1 | Julio | 2018 | 31 | Agosto | 2018 |
| **241** | 1 | Septiembre | 2018 | 30 | Septiembre | 2018 |
| **263** | 1 | Octubre | 2018 | 31 | Diciembre | 2018 |
| **041** | 1 | Enero | 2019 | 30 | Junio | 2019 |
| **223** | 1 | Agosto | 2019 | 31 | Octubre | 2019 |
| **249** | 1 | Noviembre | 2019 | 31 | Diciembre | 2019 |

Y como profesional en salud ocupacional para el desarrollo de actividades del plan de salud pública de intervenciones colectivas, por el periodo comprendido desde el 01 de agosto al 31 de octubre de 2017. Mediante contrato de prestación de Servicios No. 271 de 2017.

La presente se expide a solicitud de la interesada, a los Doce (12) días del mes de Febrero de 2020.

**LUZ ELIDA ANGEL ORJUELA**
Subgerente Administrativo
C.C. 65.712.766

República de Colombia
Departamento del Tolima
Municipio de Saldaña
Nit: 800100140-4

# Gestión e Inclusión Social

**SG. 29.03.2019**

## EL SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE SALDAÑA TOLIMA

## HACE CONSTAR

Que una vez revisado el archivo de la Alcaldía Municipal en la oficina de Contratación y Jurídica de la presente Vigencia Fiscal, donde se encuentran las carpetas de los contratos y convenios, se pudo verificar la información de los Contratos suscritos con la señorita **LEIDY JULIETH RIVERA RODRÍGUEZ**, Identificada con la cédula de ciudadanía número **1.111.197.830** Expedida en Mariquita Tolima, quien presta sus servicios con responsabilidad y buen desempeño como se detalla a continuación:

| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES | | NUMERO 58 | FECHA: ENERO 15 DE 2019 |
|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN BÁSICA CONTRATISTA | | | |
| NOMBRE CONTRATISTA: | LEIDY JULIETH RIVERA RODRÍGUEZ | | |
| IDENTIFICACION (CC./NIT) | 1.111.197.830 | | |
| DIRECCION: | Villa Cecilia Manzana D Casa 10 Mariquita - Tolima | | |
| TELÉFONO: | 3204356513 | Correo electrónico:leidy_1422@hotmail.com | |
| PLAZO | DEL 15 DE ENERO AL 15 DE JUNIO DE 2019, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACION Y SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO. | | |
| VALOR | DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($12.500.000,00) MONEDA LEGAL. | | |
| OBJETO | APOYO PROFESIONAL EN EL DESARROLLO INSTITUCIONAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL. | | |

| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES | | NUMERO 236 | FECHA: JULIO 19 DE 2018 |
|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN BÁSICA CONTRATISTA | | | |
| NOMBRE CONTRATISTA: | LEIDY JULIETH RIVERA RODRÍGUEZ | | |
| IDENTIFICACION (CC./NIT) | 1.111.197.830 | | |
| DIRECCION: | Villa Cecilia Manzana D Casa 10 Mariquita - Tolima | | |
| TELÉFONO: | 3204356513 | Correo electrónico:leidy_1422@hotmail.com | |
| PLAZO | DEL 19 DE JULIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2018, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACION Y SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO. | | |
| VALOR | TRECE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($13.750.000,00) MONEDA LEGAL, | | |
| OBJETO | APOYO PROFESIONAL EN EL DESARROLLO INSTITUCIONAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL. | | |

| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES | | NUMERO 105 | FECHA: ENERO 26 DE 2018 |
|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN BÁSICA CONTRATISTA | | | |
| NOMBRE CONTRATISTA: | LEIDY JULIETH RIVERA RODRÍGUEZ | | |
| IDENTIFICACION (CC./NIT) | 1.111.197.830 | | |
| DIRECCION: | Villa Cecilia Manzana D Casa 10 Mariquita - Tolima | | |
| TELÉFONO: | 3204356513 | Correo electrónico:leidy_1422@hotmail.com | |
| PLAZO | CINCO (5) MESES, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACION Y SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO. | | |
| VALOR | DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($12.500.000,00) MONEDA LEGAL. | | |
| OBJETO | APOYO PROFESIONAL EN EL DESARROLLO INSTITUCIONAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL. | | |

| CONTRATO DEPRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES | | NUMERO 265 | FECHA NOVIEMBRE 3 DE 2017 |
|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN BÁSICA CONTRATISTA | | | |
| NOMBRE CONTRATISTA: | LEIDY JULIETH RIVERA RODRÍGUEZ | | |
| IDENTIFICACION (CC./NIT) | 1.111.197.830 | | |
| DIRECCION: | Villa Cecilia Manzana D Casa 10 Mariquita - Tolima | | |
| TELÉFONO: | 3204356513 | Correo electrónico: leidy_1422@hotmail.com | |
| PLAZO | DEL 3 DE NOVIEMBRE HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2017, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACION Y SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO. | | |
| VALOR | CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000,00) M/CTE | | |
| OBJETO | APOYO PROFESIONAL EN EL DESARROLLO INSTITUCIONAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL. | | |

Así mismo se certifica que la señorita **LEIDY JULIETH RIVERA RODRÍGUEZ**, no hace parte de la nómina de Planta Municipal.

Se expide a solicitud de la interesada.

Dada en el Despacho de la Secretaria General y Gobierno - Alcaldía Municipal de Saldaña Tolima, a los Veintinueve (29) días del mes de Marzo del Año Dos Mil Diecinueve (2019).

**HERIBERTO BARRIOS PERDOMO**
Secretario General y De Gobierno

| | | |
|---|---|---|
| Vo. Bo. | Oficina Contratación y Jurídica – Lina Paola Guzman Monteafegre | |
| Transcribió: | Diana Lucia Oliveros Rodriguez | |
| Archivo: | Constancia | |

República de Colombia
Departamento del Tolima
Municipio de Saldaña
Nit: 800100140-4

**Gestión e Inclusión Social**

| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES | NUMERO 58 | FECHA ENERO 15 DE 2019 |
|---|---|---|

| INFORMACIÓN BÁSICA CONTRATISTA | | |
|---|---|---|
| NOMBRE CONTRATISTA: | LEIDY JULIETH RIVERA RODRÍGUEZ | |
| IDENTIFICACION (CC./NIT) | 1.111.197.830 | |
| DIRECCION: | VILLA CECILIA MANZANA D CASA 10 | |
| MUNICIPIO: | MARIQUITA - TOLIMA | |
| TELÉFONO: | 3204356513 | Correo electrónico: leidy_1422@hotmail.com |

| INFORMACIÓN TRIBUTARIA | | |
|---|---|---|
| PERSONA NATURAL | RÉGIMEN TRIBUTARIO SIMPLIFICADO | FECHA RUT 2018/03/07 |

| | |
|---|---|
| PLAZO | DEL 15 DE ENERO AL 15 DE JUNIO DE 2019, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACION Y SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO. |
| VALOR | DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($12'500.000.00) MONEDA LEGAL. |
| OBJETO | APOYO PROFESIONAL EN EL DESARROLLO INSTITUCIONAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL. |

Entre los suscritos a saber: de una parte el Municipio de Saldaña Tolima, de quien obra como su representante legal y en calidad de Alcalde, **JORGE LOZANO ARCINIEGAS,** mayor de edad, vecino del Municipio de Saldaña, identificado con cédula de ciudadanía número 93.150.672 expedida en Saldaña, quien para los efectos de este contrato se denominará **EL CONTRATANTE;** y de la otra parte la señora **LEIDY JULIETH RIVERA RODRÍGUEZ,** con Cédula de ciudadanía número **93.150.893**, residente en la Villa Cecilia Manzana D Casa 10; Teléfono No. 3204356513 del Municipio de Mariquita - Tolima, obrando en nombre propio, quien contractualmente se denominará **EL CONTRATISTA,** quien declara baja la gravedad del juramento no encontrarse incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad de que tratan los artículos 8° y 9° de la Ley 80 de 1993, hemos acordado celebrar el presente **CONTRATO**, de manera directa de conformidad con el Artículo 24-D de la Ley 80/93, la Ley 1150 de 2007 y el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, que permiten la selección directa del contratista cuando se trata de la prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión cuando no se cuenta con personal

de planta suficiente para la ejecución de la labor a desarrollar, razón por la cual, las p artes acuerdan suscribir el presente contrato que se regirá por las siguientes CLÁUSULAS ESPECIALES: PRIMERA: OBJETO: APOYO PROFESIONAL EN EL DESARROLLO INSTITUCIONAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL, de conformidad a la propuesta presentada, la cual hace parte integral del presente contrato. SEGUNDA: NATURALEZA DEL CONTRATO: El Contratista respecto a la naturaleza del contrato, no adquiere título laboral alguno en relación con el Municipio. No tendrá derecho al pago de prestaciones sociales de ninguna naturaleza, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 3º del artículo 32 de la ley 80 de 1993. TERCERA: VALOR Y FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato se estima en la suma de DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($12'500.000.00) MONEDA LEGAL, El MUNICIPIO pagará al Contratista el valor del presente contrato de la siguiente forma: un primer pago el 30 de enero de 2019 por valor de $1'250.000.00, cuatro pagos siguientes los 30 de cada mes cada uno por valor de $2.500.000,00, y el excedente en un ultimo pago por valor de $1'250.000.00 el 15 de junio de 2019, previa presentación de los siguientes documentos. a) Informe de actividades ejecutada. b) Presentación de cuenta y/o factura de cobro por parte del contratista. PARÁGRAFO PRIMERO. El supervisor del contrato deberá verificar para cada pago que acredite el pago de las obligaciones al sistema de seguridad social integral de sus empleados ó servidores, de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007. El supervisor que no verifique el pago al sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales incurrirá en causal de mala conducta y estará sujeto a las sanciones establecidas en el Código Único Disciplinario (Ley 734 de 2002). CUARTA: PLAZO DEL CONTRATO: DEL 15 DE ENERO AL 15 DE JUNIO DE 2019, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACION Y SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO. PARÁGRAFO PRIMERO: Para efectos de este plazo se tendrán en cuenta los eventos de caso fortuito o fuerza mayor y/o la suspensión temporal acordada por las partes, conforme a lo establecido por las normas legales vigentes. QUINTA: SUPERVISIÒN: La Supervisión de este contrato será a cargo del SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO MUNICIPAL DE SALDAÑA TOLIMA. SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL CONTRATISTA: A. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Conforme a la propuesta presentada y aprobada por la entidad contratante, el contrista se compromete a realizar las siguientes actividades: 1. Prestar el Servicio con calidad, honestidad y lealtad para el buen desarrollo de su labor y actividades. 2. Apoyo en la elaboración e implementación de documentos en la relación con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. 3. La política y los objetivos de la empresa en materia de seguridad y salud en el trabajo SST, firmados por el empleador. 4. Las responsabilidades asignadas para la implementación y mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. 5. La identificación anual de peligros y evaluación y valoración de los riesgos; Matriz de Peligros. 6. El plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo para el 2019, firmado por el empleador y el responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. 7. El programa de capacitación anual en seguridad y salud en el trabajo -SST, así como de su

cumplimiento incluyendo los soportes de inducción, re inducción y capacitaciones de los trabajadores dependientes, contratistas, cooperados y en misión. **8.** Los soportes de la convocatoria, elección y conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y las actas de sus reuniones. **9.** Los reportes y las investigaciones de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales de acuerdo con la normatividad vigente. **10.** La matriz legal actualizada que contemple las normas del Sistema General de Riegos Laborales que le aplican a la empresa. **11.** Evidencias de las gestiones adelantadas para el control de los riesgos prioritarios. **12.** Plan de emergencias, implementación de las brigadas de emergencia. **13.** EL CONTRATISTA está sometido al deber de confidencialidad en el manejo de la información que con ocasión del objeto del contrato le sea suministrada por el MUNICIPIO o conocida por cualquier medio. **14.** Las demás que con relación al objeto del contrato le sean asignadas por el supervisor del contrato. **B. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** el contratante se obliga para con el contratista a: **1.** Facilitar los implementos necesarios para el adecuado desarrollo del objeto contractual. **2.** Pagar las mensualidades convenidas por concepto del servicio prestado en el tiempo convenido. **SEPTIMA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Son documentos del contrato y forman parte integral del mismo, **a)** El certificado de Disponibilidad y Registro Presupuestal y todos los demás documentos que se produzcan en el desarrollo del contrato. **PARAGRAFO PRIMERO: CESION:** El Contratista no podrá ceder el presente contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera sin el previo consentimiento expreso del Alcalde, pudiendo este reservarse las razones que tenga para negar la autorización. **OCTAVA: GARANTÍAS:** En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 80 de 1993, la ley 1150 de 2007 y el artículo 2.2.1.2.1.45 del Decreto 1082 de 2015 y teniendo en cuenta el análisis de riesgos que se incluye en el acápite anterior, no se exige la constitución de garantías a cargo del contratista. **NOVENA: CLÁUSULA DE EXCEPCIÓN:** Se entienden incorporadas a este contrato todas las cláusulas excepcionales al derecho común contenidas en la Ley 80 de 1993, y que sean compatibles con la naturaleza del presente contrato. **DECIMA: CADUCIDAD:** El Municipio de Saldaña Tolima, podrá declarar la caducidad Administrativa del presente contrato, mediante acto administrativo debidamente motivado en el que se dará por terminado el contrato, y se ordenará su liquidación en el estado en que se encuentre tal y de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993, y por todos aquellas causales que a juicio el Municipio significaren incumplimiento por parte del Contratista. Si se declara la caducidad administrativa no habrá lugar a indemnización para el Contratista, quien se hará acreedor de las sanciones e inhabilidades previstas en esta Ley. **PARAGRAFO PRIMERO: CESION:** El Contratista no podrá ceder el presente contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera sin el previo consentimiento expreso del Alcalde, pudiendo este reservarse las razones que tenga para negar la autorización. **DECIMA PRIMERA: IMPOSICION DE MULTAS, SANCIONES Y DECLARATORIA DE INCUMPLIMIENTO:** Ante el incumplimiento del contratista en las obligaciones establecidas en el presente contrato, el Municipio dará aplicación al procedimiento establecido en el Estatuto General de Contratación Estatal, y demás normas que modifican y reglamentan y a lo dispuesto en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011. **DECIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN, MODIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN UNILATERALES:** Este

contrato se rige por los principios de terminación, modificación e interpretaciones unilaterales, previstas en el titulo I Artículo 15,16 y 17 de la Ley 80 de 1993. DECIMA TERCERA: PENAL PECUNIARIA: El Municipio podrá imponer al contratista a título de indemnización de perjuicios una Pena Pecuniaria, equivalente al 10% del valor del contrato, en caso de incumplimiento total o parcial o de declaratoria de caducidad. **PARÁGRAFO 1°:** El valor de las multas y de la cláusula Penal Pecuniaria ingresará al Tesoro Municipal. **PARÁGRAFO 2°:** El contratista autorizará al Municipio para que descuente el valor de la multa y/o de la sanción pecuniaria si las hubiere, de cualquier saldo que el Municipio tenga a favor del contratista o mediante cobro a la correspondiente entidad aseguradora. **PARÁGRAFO 3°:** Dicha sanción no limita el derecho del contratante a demandar por el total de los perjuicios sufridos, ni extingue la obligación principal. DECIMA CUARTA: **PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes, requiriendo además de: a).- Certificado de Disponibilidad y Registro Presupuestal. DÉCIMA QUINTA: **INDEMNIDAD.** – El contratista mantendrá indemne al municipio por razón de reclamos, demandas, acciones legales y costos que surjan o en que incurra como resultado del uso, por parte del contratista, y con miras al cumplimiento del presente contrato, de patentes, diseños, marcas, enseñas, o derechos de autor que sean propiedad de terceros, o por el ejercicio de actividades sin las autorizaciones o licencias que exijan el ordenamiento jurídico. En caso de que se entable un reclamo, demanda o acción legal contra el municipio, por asuntos que, según este contrato sean de responsabilidad del contratista, éste será notificado lo más pronto posible de ellos por el Municipio para que adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al municipio y adelante las negociaciones que sean necesarias para llegar a un pronto arreglo del conflicto. Si, en cualesquiera de los eventos previstos en esta cláusula el contratista no asume debida y oportunamente la defensa del municipio, éste podrá hacerlo directamente, previa notificación escrita al contratista, quien pagará todos los gastos en que incurra el municipio por tal motivo; en este caso, el municipio tendrá derecho a descontar el valor de tales erogaciones, de cualquier suma que adeude al contratista, por razón o con ocasión del presente contrato o a utilizar cualquier otro medio legal. En caso de que el Municipio sea condenado judicial o administrativamente, el Contratista deberá responder por la satisfacción y pago de la condena. DECIMA SEXTA: **ESTAMPILLAS:** En aplicación a los Acuerdos 013 de 2013, modificado por el acuerdo 009 de 2015 y 001 de 2016, EL CONTRATISTA deberá cancelar el equivalente al 6% del valor del contrato de la siguiente forma: PRO ANCIANO equivalente al cuatro por ciento (4%) del valor contractual y PRO CULTURA equivalente al dos por ciento (2%) del valor contractual, una vez se suscriba el presente contrato. **PARAGRAFO PRIMERO:** Los contratos suscritos y no ejecutados o ejecutados parcialmente y los que hayan cancelado la totalidad de las estampillas en el momento de su legalización, tendrán derecho a solicitar la devolución del valor de las estampillas hasta la proporción de lo no ejecutado. Previo concepto y aprobación mediante acto administrativo por parte de la Municipalidad. DECIMA SEPTIMA: **LEGISLACIÓN APLICABLE:** Para todos los efectos, el presente contrato se regirá por lo dispuesto en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015 y demás normas que modifiquen, adicionen o sustituyan. DECIMA OCTAVA: El contratista deberá acreditar la

afiliación y pago al sistema de seguridad social integral (salud – pensión y riesgos profesionales), de conformidad a lo ordenado en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, circunstancias esta que acreditará durante la vigencia del contrato. **DECIMA NOVENA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. CD1 2019000093 DE ENERO 10 DE 2019 POR VALOR DE $12'500.000.00 EXPEDIDO POR EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL.** En constancia se suscribe el presente contrato en el Municipio de Saldaña Tolima, por los que en el intervinieron.

EL CONTRATANTE,

JORGE LOZANO ARCINIEGAS

EL CONTRATISTA,

LEIDY JULIETH RIVERA RODRÍGUEZ

**ENTERADO DE LA DESIGNACION COMO SUPERVISOR**

HERIBERTO BARRIOS PERDOMO
**Secretario General y de Gobierno Municipal**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROYECTO: | MARIA FERNANDA REYES ARCE | OFICINA DE CONTRATACION Y JURIDICA | Vo. |
| REVISÓ: | CARLOS ARTURO VASQUEZ SANCHEZ | ASESOR JURIDICO | Vo. |

ALCALDIA MUNICIPAL
DE EL ESPINAL

ALCALDÍA MUNICIPAL
DE EL ESPINAL – TOLIMA
OFICINA DE CONTRATACION

CONSTRUYENDO
EL ESPINAL CON
DECISIÓN&FIRMEZA

**EL SUSCRITO DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE CONTRATACION DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DEL ESPINAL – TOLIMA**

**HACE CONSTAR**

Que la señora, **LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ** identificada con número de cedula N°1.111.197.830 de Mariquita, presto sus servicios a esta entidad mediante el siguiente contrato:

Contrato de prestación de servicios N° 702 del 02 de Octubre del 2020 y cuyo objeto **PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL, ENCARGADO DEL SG-SST, QUIEN SERA EL RESPONSABLE DE: DISEÑAR, IMPLEMENTAR, ADMINISTRAR, COORDINAR Y EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO Y LAS DEMAS ACTIVIDADES DERIVADAS DEL CUMPLIMIENTO NORMATIVO VIGENTE EN EL SG-SST SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE EL ESPINAL.**

| | |
|---|---|
| **PLAZO:** | NOVENTA (90) DIAS |
| **FECHA DE INICIO:** | 02 DE OCTUBRE DEL 2020 |
| **FECHA DE TERMINACION:** | 30 DE DICIEMBRE DEL 2020 |

Dada en el Espinal–Tolima, a los veintitres (23) días del mes de Marzo del 2022.

**JOSE LUIS RODRIGUEZ QUIMBAYO**
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE CONTRATACION

Proyectó: Victoria Ramirez

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL E.S.E
Nit: 890.701.033-0

300.08.01 – 0099

El Espinal, Abril 08 de 2025

**LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TALENTO HUMANO (E) DEL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E.**

## HACE CONSTAR QUE

La señora **LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ,** identificada con la cedula de ciudadanía Nº **1.111.197.830** de Mariquita Tolima, ha celebrado con el Hospital San Rafael E.S.E. Espinal, los siguientes contratos de prestación de servicios Profesionales, de conformidad al Estatuto de Contratación vigente para la fecha de celebración del acto contractual de acuerdo al siguiente detalle:

| | |
|---|---|
| **ACTO CONTRACTUAL:** | Contrato de prestación de servicios Profesionales. - |
| **NUMERO:** | 294.- |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 16 de septiembre de 2020.- |
| **OBJETO:** | Contratar la Prestación de servicios profesionales para apoyar el sistema de gestión integral del hospital san Rafael del espinal Tolima E.S.E. |
| **OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** | **Obligaciones Generales:**<br>**1.** Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la oferta presentada por el contratista.<br>**2.** Realizar oportunamente los pagos al sistema de seguridad social y parafiscal de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007.<br>**3.** Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante.<br>4. Responder por la calidad de los servicios prestados.<br>5. Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago.<br>**6.** Cumplir con las políticas, criterios y lineamientos generales de actuación que orientan la gestión del Hospital San Rafael frente al sistema de administración del riesgo de lavado de Activos y Financiación del Terrorismo- |

Vigilado Supersalud

| | |
|---|---|
| | SARLAFT – en concordancia con las directrices y lineamientos establecidos en la Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud.<br>7. Cumplir con los Procedimientos, Mecanismos e Instrumentos que, en materia de prevención, Administración del riesgo y control del lavado de activos y financiación del terrorismo adoptará el Hospital, adopte Hospital San Rafael de El Espinal, para evitar que en el desarrollo de cualquiera de las actividades comprendidas dentro de su objeto social pueda ser utilizada para el ocultamiento de dineros provenientes de actividades delictivas.<br>8. El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley., las ordenanzas y los acuerdos.<br>9. Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (físicos, tecnológicos, económicos), incluida la propiedad intelectual y derechos de autor y elementos entregados (si los hubiere) por la institución, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para otros fines y en lugares diferentes al convenio para la ejecución del contrato y a devolverlos a la terminación del contrato.<br>10. Las demás que se requieran de acuerdo a la naturaleza del contrato.<br><br>**Obligaciones Específicas:**<br><br>1. Prestar el apoyo y acompañamiento a la ejecución del sistema obligatorio de la garantía de la calidad EN SALUD DEL Hospital San Rafael E.S.E...<br>2. Realizar un diagnóstico del Hospital en los estándares de habilitación definidos en la resolución 3100 de 2019 de acuerdo con los servicios ofertados y el REPS. |

Vigilado Supersalud

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL E.S.E
Nit: 890.701.033-0

| | |
|---|---|
| | 3. Apoyar en la revisión de los procesos del Hospital, con el fin de detectar las debilidades y falencias y así lograr diseñar e implementar un plan de mejoramientos que permita establecer acciones correctivas efectivas para lograr la calidad esperada y la satisfacción del cliente.<br>4. Verificar el cumplimiento de los siete estándares de habilitación en cada uno de los servicios que oferta el Hospital.<br>5. Apoyar al Hospital en la preparación de la Documentación de los siete estándares de habilitación.<br>6. Determinar los objetivos de la integración, definiendo el alcance del sistema integrado y elaborando un plan de producción que incluya un cronograma de actividades con fechas de vencimiento.<br>7. Acordar como se tratará la transición de los sistemas existentes, al nuevo sistema armonizado, lo cual puede requerir la participación de varios líderes, en los temas laborales, de calidad y medioambientales.<br>8. Establecer los documentos clave y la nueva estructura general de los documentos que producirá el sistema integrado. Es importante que los líderes participen aportando experiencias que permitan entender como se relacionan los diversos tipos de documentos entre sí.<br>9. Definir un plan de trabajo detallado, en el que se considere el monitoreo y la revisión periódica. Este plan requiere aprobación de la Alta Dirección y la asignación de recursos por parte de ella – la Alta Dirección.<br>10. Realizar un análisis de los líderes para establecer sus necesidades y sus expectativas sobre la integración.<br>11. Analizar los procesos de la institución.<br>12. Realizar seguimiento con el área de Control Interno para determinar, clasificar y priorizar los riesgos en todas las áreas de la organización (mapa de riesgos). |

Vigilado Supersalud

| | |
|---|---|
| | 13. Formular políticas operativas que conduzcan a la formulación de estructuras de control, que servirán de guía para el diseño de procesos administrativos dentro de la institución. En este punto, es importante definir con claridad, "quien hace que", "donde lo hace" y "como lo hace".<br>14. Recopilar la información y el conocimiento sobre la documentación existente.<br>15. Coordinar la documentación del sistema de gestión integrado con el responsable del área encargada.<br>16. Comunicar el plan de acción a los líderes de área.<br>17. Capacitar a los empleados en la gestión de sistemas integrados.<br>18. Auditorías internas PGIRHASA. |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | Diez Millones Quinientos Mil Pesos ($10.500.000). - |
| **VALOR EJECUTADO:** | Diez Millones Quinientos Mil Pesos ($10.500.000). - |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN:** | Tres (03) Meses y Quince (15) Días. - |
| **ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO** | Liquidado- |

| | |
|---|---|
| **ACTO CONTRACTUAL:** | Contrato de prestación de servicios Profesionales. - |
| **NUMERO:** | 123.- |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 15 de abril de 2021.- |
| **OBJETO:** | Contratar la Prestación de servicios profesionales de un profesional en salud ocupacional para apoyar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) y sistema de gestión ambiental dentro del sistema de gestión integral del hospital san Rafael del espinal Tolima E.S.E. |
| **OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** | **Obligaciones Generales:**<br>1. Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la oferta presentada por el contratista.<br>2. Realizar oportunamente los pagos al sistema de seguridad social y parafiscal de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007.<br>3. Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante. |

Vigilado Supersalud

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL ESE
Nit: 890.701.033-0

| | |
|---|---|
| | 4. Responder por la calidad de los servicios prestados.<br>5. Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago.<br>6. Cumplir con las políticas, criterios y lineamientos generales de actuación que orientan la gestión del Hospital San Rafael frente al sistema de administración del riesgo de lavado de Activos y Financiación del Terrorismo-SARLAFT – en concordancia con las directrices y lineamientos establecidos en la Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud.<br>7. Cumplir con los Procedimientos, Mecanismos e Instrumentos que, en materia de prevención, Administración del riesgo y control del lavado de activos y financiación del terrorismo adoptará el Hospital, adopte Hospital San Rafael de El Espinal, para evitar que en el desarrollo de cualquiera de las actividades comprendidas dentro de su objeto social pueda ser utilizada para el ocultamiento de dineros provenientes de actividades delictivas.<br>8. El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley., las ordenanzas y los acuerdos.<br>9. Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (físicos, tecnológicos, económicos), incluida la propiedad intelectual y derechos de autor y elementos entregados (si los hubiere) por la institución, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para otros fines y en lugares diferentes al convenio para la ejecución del contrato y a devolverlos a la terminación del contrato. |

Vigilado Supersalud

| | |
|---|---|
| | 10. Las demás que se requieran de acuerdo a la naturaleza del contrato.<br><br>**Obligaciones Específicas:**<br><br>1. Prestar los servicios profesionales para apoyar el SG – SST y sistema de gestión ambiental dentro del sistema de gestión integral del Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E.<br><br>2. Capacitar a los integrantes del COPASST.<br>3. Apoyar en el plan de trabajo que tiene el COPASST.<br>4. Socialización de la política de seguridad y salud en el trabajo, deberes y responsabilidades con SG – SST a todos los colaboradores independientemente de su forma de vinculación.<br>5. Apoyar en las actividades para el funcionamiento del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST).<br>6. Apoyar y liderar capacitaciones enfocadas en Seguridad y Salud en el Trabajo con el fin de dar cumplimiento al cronograma de capacitaciones.<br>7. Liderar inducción y reinducción del Sistema de Gestión del año 2021.<br>8. Actualizar la matriz legal dando cumplimiento en las normas vigentes en riesgos laborales y aplicables para el Hospital.<br>9. Actualizar la matriz de riesgo (IPERV).<br>10. Apoyar la evaluación de los proveedores y/o contratistas, criterios relacionados con SST.<br>11. Apoyar en el diagnóstico del Perfil Sociodemográfico.<br>12. Apoyar las campañas de intervención ante el riesgo y estilos de vida y trabajos saludables.<br>13. Apoyar los seguimientos e investigaciones de ATEL.<br>14. Apoyar el Plan de Trabajo de la ARL Positiva.<br>15. Apoyar en los indicadores del Sistema de Gestión.<br>16. Apoyar en la Actualización del Sistema de Gestión. |

Vigilado Supersalud

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL ESE
Nit.:890.701033-0

| | |
|---|---|
| | 17. Apoyar en el informe que se d4be de presentar mensualmente ante el Ministerio de Trabajo.<br>18. Apoyar y realizar las inspecciones de seguridad por diferentes áreas con su respectivo informe.<br>19. Apoyar en las brigadas de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.<br>20. Apoyar las acciones de mejora según las auditorias que se realicen dentro de la Institución.<br>21. Prestar el apoyo y acompañamiento a la ejecución del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud del Hospital San Rafael E.S.E.<br>22. Verificar el cumplimiento de los siete estándares de habilitación en cada uno de los servicios que oferta el Hospital.<br>23. Apoyar el seguimiento a procesos según criterios de gestión ambiental.<br>24. Cumplir con las normas de bioseguridad y las medidas individuales de protección de su personal a cargo para el desarrollo de las actividades.<br>25. Deberá tener cultura oportuna en el reporte de accidente de trabajo. |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | Veinticuatro Millones Setecientos Cuarenta y Seis Mil Seiscientos Sesenta y Siete Pesos ($24.746.667). - |
| **VALOR EJECUTADO:** | Veinticuatro Millones Setecientos Cuarenta y Seis Mil Seiscientos Sesenta y Siete Pesos ($24.746.667). - |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN:** | Ocho (08) Meses y Dieciséis (16) Días. - |
| **ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO** | Liquidado- |

| | |
|---|---|
| **ACTO CONTRACTUAL:** | Contrato de prestación de servicios Profesionales. - |
| **NUMERO:** | 028.- |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 01 de Enero de 2022.- |
| **OBJETO:** | Contratar la Prestación de servicios profesionales de un profesional en salud ocupacional para apoyar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) y sistema de gestión ambiental dentro del sistema de gestión integral del hospital san Rafael del Espinal Tolima E.S.E. |

Vigilado Supersalud

| | |
|---|---|
| **OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** | **Obligaciones Generales:**<br>1. Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la oferta presentada por el contratista.<br>2. Realizar oportúnamente los pagos al sistema de seguridad social y parafiscal de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007.<br>3. Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante.<br>4. Responder por la calidad de los servicios prestados.<br>5. Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago.<br>6. Cumplir con las políticas, criterios y lineamientos generales de actuación que orientan la gestión del Hospital San Rafael frente al sistema de administración del riesgo de lavado de Activos y Financiación del Terrorismo-SARLAFT – en concordancia con las directrices y lineamientos establecidos en la Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud.<br>7. Cumplir con los Procedimientos, Mecanismos e Instrumentos que, en materia de prevención, Administración del riesgo y control del lavado de activos y financiación del terrorismo adoptará el Hospital, adopte Hospital San Rafael de El Espinal, para evitar que en el desarrollo de cualquiera de las actividades comprendidas dentro de su objeto social pueda ser utilizada para el ocultamiento de dineros provenientes de actividades delictivas.<br>8. El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley., las ordenanzas y los acuerdos.<br>9. Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (físicos, tecnológicos, económicos), incluida la propiedad intelectual y |

Vigilado Supersalud

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL E.S.E.
Nit: 890.701.033-0

| | |
|---|---|
| | derechos de autor y elementos entregados (si los hubiere) por la institución, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para otros fines y en lugares diferentes al convenio para la ejecución del contrato y a devolverlos a la terminación del contrato.<br>10. Las demás que se requieran de acuerdo a la naturaleza del contrato.<br><br>**Obligaciones Especificas:**<br><br>1. Prestar los servicios profesionales para apoyar el SG – SST y sistema de gestión ambiental dentro del sistema de gestión integral del Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E.<br><br>2. Capacitar a los integrantes del COPASST.<br>3. Apoyar en el plan de trabajo que tiene el COPASST.<br>4. Socialización de la política de seguridad y salud en el trabajo, deberes y responsabilidades con SG – SST a todos los colaboradores independientemente de su forma de vinculación.<br>5. Apoyar en las actividades para el funcionamiento del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST).<br>6. Apoyar y liderar capacitaciones enfocadas en Seguridad y Salud en el Trabajo con el fin de dar cumplimiento al cronograma de capacitaciones.<br>7. Liderar inducción y reinducción del Sistema de Gestión del año 2022.<br>8. Actualizar la matriz legal dando cumplimiento en las normas vigentes en riesgos laborales y aplicables para el Hospital.<br>9. Actualizar la matriz de riesgo (IPERV).<br>10. Apoyar la evaluación de los proveedores y/o contratistas, criterios relacionados con SST.<br>11. Apoyar en el diagnóstico del Perfil Sociodemográfico.<br>12. Apoyar las campañas de intervención ante el riesgo y estilos de vida y trabajos saludables. |

Vigilado Supersalud

| | |
|---|---|
| | 13. Apoyar los seguimientos e investigaciones de ATEL.<br>14. Apoyar el Plan de Trabajo de la ARL.<br>15. Apoyar en los indicadores del Sistema de Gestión.<br>16. Apoyar en la Actualización del Sistema de Gestión.<br>17. Apoyar en el informe que se debe de presentar mensualmente ante el Ministerio de Trabajo.<br>18. Apoyar y realizar las inspecciones de seguridad por diferentes áreas con su respectivo informe.<br>19. Apoyar en las brigadas de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.<br>20. Apoyar las acciones de mejora según las auditorias que se realicen dentro de la Institución.<br>21. Prestar el apoyo y acompañamiento a la ejecución del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud del Hospital San Rafael E.S.E.<br>22. Verificar el cumplimiento de los siete estándares de habilitación en cada uno de los servicios que oferta el Hospital.<br>23. Apoyar el seguimiento a procesos según criterios de gestión ambiental.<br>24. Cumplir con las normas de bioseguridad y las medidas individuales de protección de su personal a cargo para el desarrollo de las actividades.<br>25. Deberá tener cultura oportuna en el reporte de accidente de trabajo.<br>26. Coordinar con el supervisor la ejecución y el desarrollo de las actividades contractuales durante la vigencia del contrato. |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | Treinta y Siete Millones Doscientos Mil Pesos ($37.200.000). - |
| **VALOR EJECUTADO:** | Treinta y Siete Millones Doscientos Mil Pesos ($37.200.000). - |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN:** | Doce (12) Meses. - |
| **ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO** | Liquidado. - |

Vigilado Supersalud

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL ESE
Nit.:890.701.033-0

| | |
|---|---|
| **ACTO CONTRACTUAL:** | Contrato de prestación de servicios. - |
| **NUMERO:** | 205.- |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 16 de Agosto de 2022.- |
| **OBJETO:** | Contratar la Prestación de servicios profesionales de un profesional en Seguridad y Salud en el trabajo para desarrollar actividades correspondientes al contrato interadministrativo No. 515 de 2022 suscrito entre el Municipio de El Espinal y el Hospital san Rafael de El Espinal. - |
| **OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** | **Obligaciones Generales:**<br>1. Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la oferta presentada por el contratista.<br>2. Realizar oportunamente los pagos al sistema de seguridad social y parafiscal de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007.<br>3. Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante.<br>4. Responder por la calidad de los servicios prestados.<br>5. Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago.<br>6. Cumplir con las políticas, criterios y lineamientos generales de actuación que orientan la gestión del Hospital San Rafael frente al sistema de administración del riesgo de lavado de Activos y Financiación del Terrorismo-SARLAFT – en concordancia con las directrices y lineamientos establecidos en la Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud.<br>7. Cumplir con los Procedimientos, Mecanismos e Instrumentos que, en materia de prevención, Administración del riesgo y control del lavado de activos y financiación del terrorismo adoptará el Hospital, adopte Hospital San Rafael de El Espinal, para evitar que en el desarrollo de cualquiera de las actividades comprendidas dentro de su objeto social pueda ser utilizada para el ocultamiento de dineros provenientes de actividades delictivas |

Vigilado Supersalud

| | |
|---|---|
| | 8. El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley, las ordenanzas y los acuerdos.<br>9. Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (físicos, tecnológicos, económicos), incluida la propiedad intelectual y derechos de autor y elementos entregados (si los hubiere) por la institución, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para otros fines y en lugares diferentes al convenio para la ejecución del contrato y a devolverlos a la terminación del contrato.<br><br>**10.** Las demás que se requieran de acuerdo a la naturaleza del contrato.<br><br>**Obligaciones Específicas:**<br>1. Continuar con el proceso de caracterización de la población trabajadora informal de la zona urbana del municipio (maestros de construcción, pescadores, restaurantes tiendas, hoteles etc.), haciendo verificación de la afiliación al sgsss y condiciones de salud de los trabajadores. Total 300 inspecciones.<br>2. Diseñar y socializar estrategias de información en salud (emisora) sobre los riesgos laborales en la actividad comercio informal, haciendo énfasis al accidente y enfermedad laboral a la población trabajadora de la económica informal.<br>3. Desarrollar un proceso educativo mediante sesiones individuales orientadas a la intervención de los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades derivadas de las actividades y ocupación diaria. Impactar Mínimo 300 trabajadores.<br>4. Diseñar e implementar una estrategia de información y comunicación audiovisual, para emitir en medios de televisión local, con el fin de fortalecer la prevención de los riesgos |

Vigilado Supersalud

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL ESE
Nit: 890.701.033-0

| | |
|---|---|
| | laborales, promover entornos laborales saludables en el sector formal e informal de la economía. Esta estrategia debe incluir la emisión de la pauta audiovisual tipo video clip cuyo contenido será supervisado por profesional de salud ocupacional y/o un profesional de seguridad social.<br>5. Construir el diagnóstico de condiciones laborales de la población trabajadora formal e informar, del municipio de El Espinal, esto apoyada información laboral que registra en las bases de datos municipales.<br>6. Presentar informe escrito con registro fotográfico de las actividades realizadas.<br>7. Presentar planilla de asistencia con firma original. |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | Nueve Millones Novecientos Mil Pesos ($9.900.000). - |
| **VALOR EJECUTADO:** | Nueve Millones Novecientos Mil Pesos ($9.900.000). - |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN:** | Ciento Treinta y Ocho (138) Días. - |
| **ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO** | Liquidado. - |

| | |
|---|---|
| **ACTO CONTRACTUAL:** | Contrato de prestación de servicios. - |
| **NUMERO:** | 025 CPSP.- |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 01 de Enero de 2023.- |
| **OBJETO:** | Contratar la Prestación de servicios profesionales para apoyar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) y sistema de gestión ambiental dentro del sistema de gestión integral del hospital san Rafael del Espinal Tolima E.S.E. |
| **OBLIGACIONES:** | **Obligaciones Generales:**<br>**1.** Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la oferta presentada por el contratista.<br>**2.** Realizar oportunamente los pagos al sistema de seguridad social y parafiscal de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007. |

Vigilado Supersalud

| | |
|---|---|
| | 3. Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante.<br>4. Responder por la calidad de los servicios prestados.<br>5. Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago.<br>6. El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley.<br>7. Las demás que se requieran de acuerdo a la naturaleza del contrato.<br><br>**Obligaciones Específicas:**<br><br>1. Prestar los servicios profesionales para apoyar el SG – SST dentro del sistema de gestión integral del Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E.<br>2. Capacitar a los integrantes del COPASST.<br>3. Apoyar en el plan de trabajo que tiene el COPASST.<br>4. Socialización de la política de seguridad y salud en el trabajo, deberes y responsabilidades con SG – SST a todos los colaboradores independientemente de su forma de vinculación.<br>5. Apoyar en las actividades para el funcionamiento del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST).<br>6. Apoyar y liderar capacitaciones enfocadas en Seguridad y Salud en el Trabajo con el fin de dar cumplimiento al cronograma de capacitaciones.<br>7. Liderar inducción y reinducción del Sistema de Gestión del año 2023.<br>8. Actualizar la matriz legal dando cumplimiento en las normas vigentes en riesgos laborales y aplicables para el Hospital.<br>9. Actualizar la matriz de riesgo (IPERV). |

Vigilado Supersalud

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL E.S.E.
Nit: 890.701.033-0

| | |
|---|---|
| | **10.** Apoyar la evaluación de los proveedores y/o contratistas, criterios relacionados con SST.<br>**11.** Apoyar en el diagnóstico del Perfil Sociodemográfico.<br>**12.** Apoyar las campañas de intervención ante el riesgo y estilos de vida y trabajos saludables.<br>**13.** Apoyar los seguimientos e investigaciones de ATEL.<br>**14.** Apoyar el Plan de Trabajo de la ARL.<br>**15.** Apoyar en los indicadores del Sistema de Gestión.<br>**16.** Apoyar en la Actualización del Sistema de Gestión.<br>**17.** Apoyar en el informe que se d4be de presentar mensualmente ante el Ministerio de Trabajo.<br>**18.** Apoyar y realizar las inspecciones de seguridad por diferentes áreas con su respectivo informe.<br>**19.** Apoyar en las brigadas de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.<br>**20.** Apoyar las acciones de mejora según las auditorias que se realicen dentro de la Institución.<br>**21.** Prestar el apoyo y acompañamiento a la ejecución del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud del Hospital San Rafael E.S.E.<br>**22.** Verificar el cumplimiento de los siete estándares de habilitación en cada uno de los servicios que oferta el Hospital.<br>**23.** Apoyar el seguimiento a procesos según criterios de gestión ambiental.<br>**24.** Cumplir con las normas de bioseguridad y las medidas individuales de protección de su personal a cargo para el desarrollo de las actividades.<br>**25.** Deberá tener cultura oportuna en el reporte de accidente de trabajo.<br>**26.** Coordinar con el supervisor la ejecución y desarrollo de las actividades contractuales durante la vigencia del contrato. |

Vigilado Supersalud

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL E.S.E.
Nit: 890.701.033-0

| | |
|---|---|
| **VALOR DEL CONTRATO:** | Treinta y Ocho Millones Cuatrocientos Mil Pesos ($38.400.000). - |
| **VALOR EJECUTADO:** | Treinta y Ocho Millones Cuatrocientos Mil Pesos ($38.400.000). - |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN:** | Doce (12) Meses. - |
| **ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO** | Liquidado. - |

| | |
|---|---|
| **ACTO CONTRACTUAL:** | Contrato de prestación de servicios Profesionales. - |
| **NUMERO:** | 024-CPSP. - |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** | 01 de Enero de 2024.- |
| **OBJETO:** | Contratar la Prestación de servicios profesionales para apoyar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) Dentro del sistema de gestión integral del hospital san Rafael del Espinal Tolima E.S.E. |
| **OBLIGACIONES:** | **1. Obligaciones Generales:**<br>**2.** Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la oferta presentada por el contratista.<br>**3.** Realizar oportunamente los pagos al sistema de seguridad social y parafiscal de acuerdo con el articulo 23 de la Ley 1150 del 2007.<br>**4.** Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante.<br>**5.** Responder por la calidad de los servicios prestados.<br>**6.** Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago.<br>**7.** El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley.<br>**8.** Las demás que se requieran de acuerdo a la naturaleza del contrato.<br>**Obligaciones Especificas:** |

Vigilado Supersalud

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL E.S.E.
Nit: 890.701.033-0

| | |
|---|---|
| | 1. Prestar los servicios profesionales para apoyar el SG – SST dentro del sistema de gestión integral del Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E.<br>2. Capacitar a los integrantes del COPASST.<br>3. Apoyar en el plan de trabajo que tiene el COPASST.<br>4. Socialización de la política de seguridad y salud en el trabajo, deberes y responsabilidades con SG – SST a todos los colaboradores independientemente de su forma de vinculación.<br>5. Apoyar en las actividades para el funcionamiento del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST).<br>6. Apoyar y liderar capacitaciones enfocadas en Seguridad y Salud en el Trabajo con el fin de dar cumplimiento al cronograma de capacitaciones.<br>7. Liderar inducción y reinducción del Sistema de Gestión del año 2024.<br>8. Actualizar la matriz legal dando cumplimiento en las normas vigentes en riesgos laborales y aplicables para el Hospital.<br>9. Actualizar la matriz de riesgo (IPERV).<br>10. Apoyar la evaluación de los proveedores y/o contratistas, criterios relacionados con SST.<br>11. Apoyar en el diagnóstico del Perfil Sociodemográfico.<br>12. Apoyar las campañas de intervención ante el riesgo y estilos de vida y trabajos saludables.<br>13. Apoyar los seguimientos e investigaciones de ATEL.<br>14. Apoyar el Plan de Trabajo de la ARL.<br>15. Apoyar en los indicadores del Sistema de Gestión y SST<br>16. Apoyar en la Actualización del Sistema de Gestión y SST<br>17. Apoyar y realizar las inspecciones de seguridad por diferentes áreas con su respectivo informe.<br>18. Apoyar en las brigadas de prevención, preparación y respuesta ante emergencias. |

Vigilado Supersalud

| | |
|---|---|
| | 19. Apoyar las acciones de mejora según las auditorias que se realicen dentro de la Institución.<br>a.<br>20. Cumplir con las normas de bioseguridad y las medidas individuales de protección de su personal a cargo para el desarrollo de las actividades.<br>21. Deberá tener cultura oportuna en el reporte de accidente de trabajo.<br>22. Coordinar con el supervisor la ejecución y desarrollo de las actividades contractuales durante la vigencia del contrato. |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | Cuarenta Millones Ochocientos Mil Pesos ($40.800.000). - |
| **VALOR EJECUTADO:** | Cuarenta Millones Ochocientos Mil Pesos ($40.800.000). - |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN:** | Doce (12) Meses. - |
| **ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO** | Liquidado. - |

La presente Constancia se expide a solicitud de la Interesada, con una vigencia de Noventa (90) días, a partir de la fecha de su expedición

Atentamente,

**YOLIMA MURILLO ORTIZ**

Fecha de Elaboración: 08/04/2025
Transcriptor: Ramiro Tique T./A.A. (L.J.R. TEMPORALES S.A.S).

Vigilado Supersalud

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

RESOLUCION N° 1947
13 JUL 2017

"Por la cual se concede una Licencia para prestación de Servicio en Seguridad y Salud en el Trabajo en el territorio Nacional"

EL SECRETARIO DE SALUD DEL TOLIMA
En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por la Ley 1562 de 2012, la Resolución 4502 del 28 de Diciembre de 2012 y

CONSIDERANDO

Que la ley 1562 de 2012 en su artículo 23 prevé: " La expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional estará a cargo de las entidades departamentales y distritales de salud".

Que la citada Ley fue reglamentada por la Resolución 4502 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, que señala los requisitos para el otorgamiento y renovación de Licencias de Salud Ocupacional en su artículo 2.

Que el (la) señor (a) LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 1111197830 de MARIQUITA - TOLIMA, ha solicitado la Licencia para prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo como PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL , adjuntando como título de idoneidad el diploma N° 91517 otorgado por UNIVERSIDAD DEL TOLIMA de fecha 2017-04-08 y demás documentación exigida por la resolución N° 4502 del 28 de Diciembre de 2012.

Que verificada la documentación aportada por el (la) señor (a) LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ por parte de la funcionaria de la Secretaria de Salud, Sandra Inés Garzón, se determinó que cumple con los requisitos exigidos por la norma en las siguientes áreas:

- Diseño, Administración y Ejecución de Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el trabajo.
- Educación y Capacitación..
- Higiene Industrial.
- Investigación Area Técnica.
- Investigación del Accidente de Trabajo.
- Seguridad Industrial.

En mérito de lo expuesto

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder la Licencia para prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo a LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 1111197830 de MARIQUITA - TOLIMA, en el área de - Diseño, Administración y Ejecución de Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el trabajo - Educación y Capacitación. - Higiene Industrial - Investigación Area Técnica- Investigación del Accidente de Trabajo - Seguridad Industrial .

ARTICULO SEGUNDO: La Licencia que trata el artículo anterior es personal e intransferible, se concede por el termino de diez (10) años, contados a partir de la ejecutoria de la presente Resolución y podrá ser renovada por un término igual, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes

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

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

RESOLUCION N° 1947

ARTICULO TERCERO: Cuando se modifique alguna de las condiciones presentadas en el momento de obtener la Licencia deberá informar a la Secretaria de Salud del Tolima para la expedición del acto administrativo respectivo.

PARAGRAFO: Cuando varíen las condiciones en las cuales se expide la presente Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo y no se haya informado a la Secretaria de Salud del Tolima o se presenten situaciones violatorias a las normas legales vigentes, la autoridad competente mediante resolución motivada ordenara la suspensión o cancelación de esta licencia.

ARTICULO CUARTO: NOTIFICAR a LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ, identificado (a) con cédula de ciudadania N° 1111197830 de MARIQUITA - TOLIMA, 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 QUINTO: 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.

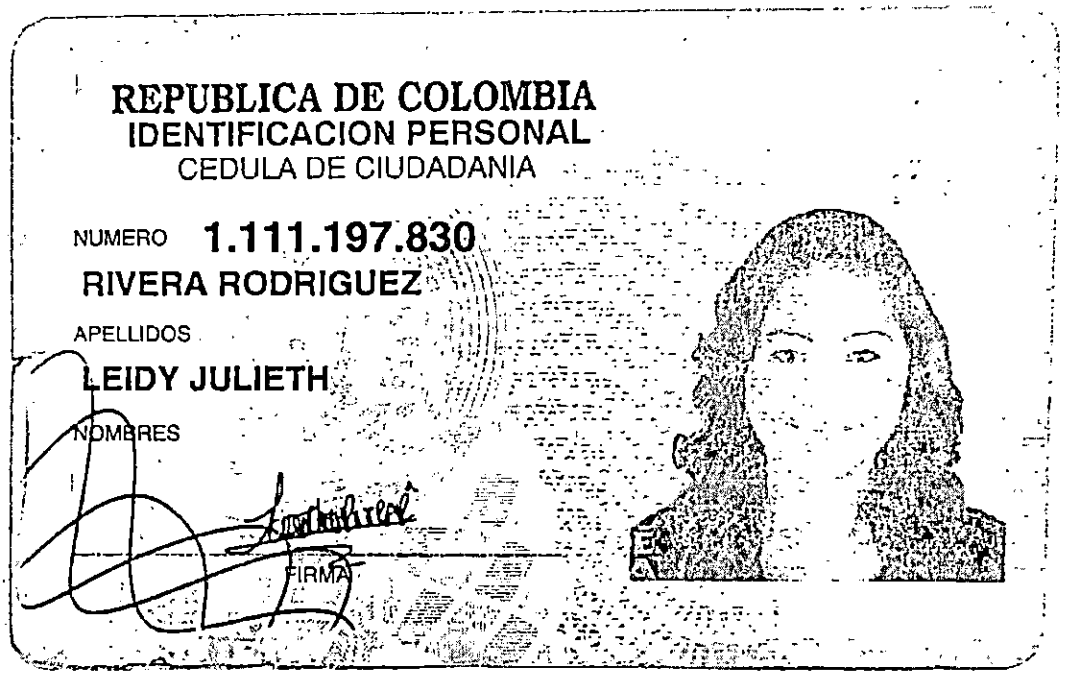
13 JUL 2017

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

SANDRA LILIANA TORRES DIAZ
Secretaria De Salud Del Tolima

Elaboro: Liliana C.
Revisó: ( Sandra Ines Garzón - Profesional ) ( Luis Eduardo gonzalez - Director de Oferta ) V.o Bo.: Oficina Juridica

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL
ES FIEL COPIA ORIGINAL
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.111.197.830**

**RIVERA RODRIGUEZ**

APELLIDOS

**LEIDY JULIETH**

NOMBRES

FIRMA

Escaneado con CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **18-DIC-1990**

**HONDA**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.60** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**18-DIC-2008 MARIQUITA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2907600-00154173-F-1111197830-20090408 0010653853A 1 32155734

...NOTARIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141153466834

(415)7707212489984(8020) 000014115346683 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 1 1 1 9 7 8 3 0 | 6 | 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 | 1 1 1 1 1 9 7 8 3 0 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Tolima 7 3 | Mariquita 4 4 3 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RIVERA | RODRIGUEZ | LEIDY | JULIETH |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Mariquita 4 4 3 |

41. Dirección principal: BRR VILLA CECILIA MZ D CA 10

42. Correo electrónico: leidy_1422@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 4 3 5 6 5 1 3 | 3 2 0 2 2 5 2 1 2 2 |

## 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 |
| 7 4 9 0 | 2 0 2 0 1 0 0 2 | 8 2 9 9 | 2 0 1 8 0 3 0 7 | 5 6 2 9 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### 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 RIVERA RODRIGUEZ LEIDY JULIETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 12-05-2025 06:00:53PM

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 lunes 05 de mayo de 2025, a las 23:03:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1111197830 |
| Código de Verificación | 1111197830250505230337 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 270788505

PIB
23:00:14


Bogotá DC, 05 de mayo 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) LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1111197830:

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.**

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:01:55 PM horas del 05/05/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1111197830**
Apellidos y Nombres: **RIVERA RODRIGUEZ LEIDY JULIETH**

**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.

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



Todos los derechos reservados.

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1111197830 | | RIVERA RODRIGUEZ LEIDY JULIETH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | VILLA CECILIA MZ D CASA 10 | MARIQUITA-TOLIMA | 2520721 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-04 | 2025-04 | 1420793716 | 9483704821 | I | 2025/05/09 | 2025/04/21 | BANCOLOMBIA | 0 | $775,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1111197830 | RIVERA RODRIGUEZ LEIDY JULIETH | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $2,508,000 | $401,300 | EPS005 | 30 | $2,508,000 | $313,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $2,508,000 | $61,100 | 0 | $0 | $0 | No | $775,900 |
| Total | Afiliados( 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,508,000 | $401,300 | | | $2,508,000 | $313,500 | | | $0 | $0 | | | $2,508,000 | $61,100 | | $0 | $0 | | $775,900 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1111197830 | | RIVERA RODRIGUEZ LEIDY JULIETH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | VILLA CECILIA MZ D CASA 10 | MARIQUITA-TOLIMA | 2520721 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-04 | 2025-04 | 1420793716 | 94837048 21 | I | 2025/05/09 | 2025/04/21 | BANCOLOMBIA | 0 | $775,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $401,300 | $0 | $0 | $401,300 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $401,300 | $0 | $0 | $401,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $61,100 | $0 | $0 | $61,100 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $61,100 | $0 | $0 | $61,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $313,500 | $0 | $0 | $313,500 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $313,500 | $0 | $0 | $313,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $775,900 | $0 | $0 | $775,900 |

E.P.S.Sanitas
Sanitas Internacional

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Leidy Julieth Rivera| Rodriguez, identificado(a) con CC número 1111197830, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1111197830 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Leidy Julieth Rivera Rodriguez |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 18/12/1990 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/03/2015 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 289 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | 1395 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 23/05/2016 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1111197830 LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ Desde 01/06/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1111197830 LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ Desde 01/04/2024 Hasta 31/05/2024

Generado por interfaces 05/05/2025

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **RIVERA RODRIGUEZ LEIDY JULIETH** identificado(a) con **CC** número **1.111.197.830** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de julio de 2011 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de mayo de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
y en el resto del país desde un teléfono fijo **01 8000 52 8000.**

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ** identificado con **CC** No. **1111197830**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - NI. 890700666 | **Fecha de inicio de cobertura:** 14/03/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 02/01/2025<br>**Fecha fin de Contrato:** 31/12/2025<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723<br>**Clase de Riesgo:** 3 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101554275.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APROBACIÓN

MIS_4_1_1_FR15 v. 010

# Certificado
## Bancario

Jueves, 4 de julio de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1111197830, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 38970247499 | 2011/05/31 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

## Esquema de Vacunación

**VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA**

QR DE AUTENTICIDAD

ID: b03ac13f-6de9-4e90-af16-c9490db9169

Nombres y apellidos / Full name: LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1111197830

Fecha de nacimiento / Date of birth: 18/12/1990

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number:

Correo electrónico / e-mail:

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Edad / Age | Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sin rango de edad | TD Adulto | Primera | 28 | 4 | 2012 | | 024L1009E | MARIQUITA HOSPITAL SAN JOSE | |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Segunda | 25 | 6 | 2012 | | 024L1009E | MARIQUITA HOSPITAL SAN JOSE | |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Tercera | 14 | 1 | 2013 | | 024B1007C | MARIQUITA HOSPITAL SAN JOSE | |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Quinta | 22 | 4 | 2017 | | D2288 | PLANADA ESE HOSPITAL CENTRO NI | |
| Sin rango de edad | TD Adulto | Cuarta | 19 | 6 | 2020 | | 2338X004AE | ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAE | Nary Orjuela |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 19 | 6 | 2020 | | V50220008 | ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAE | Nary Orjuela |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER | Primera | 8 | 4 | 2021 | PFIZER | EW3344 | PROMOVER LTDA | MAGALLY NORELLA VASQUEZ RUIZ |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER | Segunda | 29 | 4 | 2021 | PFIZER | ER9449 | CORPORACIÒN EL HOSPITAL IPS | KATERIN DAYANA OSPINA GONZALEZ |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER | Primer Refuerzo | 1 | 3 | 2022 | PFIZER | 34511TB | ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL | ALBA GLORIA CAMPAZ GARCIA |
| 12 meses | Fiebre amarilla | Única | 24 | 10 | 2024 | Fabricante | X3A871V | HONDA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS | LUZ ANGELA ORDOÑEZ GARZON |
| Sin rango de edad | DPT ACELULAR ADULTO | Anual | 24 | 10 | 2024 | | AC37B466AA | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA | LUZ ANGELA ORDOÑEZ GARZON |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 24 | 10 | 2024 | Green Cross | V50524003 | HONDA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS | LUZ ANGELA ORDOÑEZ GARZON |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos ueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

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

The Mnistery of Health and Social Protection certifiesthat the informatión in this document was extractedfrom **PAIWEB**, according to the Wide **Program ofInmunization - PAI** (by its acronym in spanish: ProgramaAmpliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder ofthis document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

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

UNIDAD DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
UNESO S.A.S.
Nit. 900520616 -2
Avenida Guabinal MZ F CS 17 Jordan
Ibagué - Colombia
Cel. 3108766202



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 10.295**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 16 DÍA | 01 MES | 2025 AÑO | IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad | INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PARTICULAR | PARTICULARES |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| RIVERA RODRIGUEZ LEIDY JULIETH | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 34 AÑOS 0 MESES 29 DÍAS | CC | 1111197830 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**ASESORA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| VALORACION MEDICA OCUPACIONAL ✓ | ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | CAPACITACIÓN | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Médico | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Firma: Alexander Moreno Sierra, Médico especialista en salud ocupacional, Universidad del Bosque, Resolución 2303 de 2023 SST | Firma: |
| Nombre: MORENO SIERRA FREDY ALEXANDER | Nombre: RIVERA RODRIGUEZ LEIDY JULIETH |
| R. M.: 2237-2009 L.S.O.: 2303/2023 | CC: 1111197830 |

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 | 2025-01-13 13:05 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| LEIDY | JULIETH | RIVERA | RODRIGUEZ |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1111197830 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | TOLIMA | Municipio | HONDA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| 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

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $104.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $104.000.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $2.900.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| 50% DE PARTICIPACION DE PREDIO MZ. D CASA 10 BARRI | COLOMBIA | TOLIMA | SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA | $55.000.000,00 |
| LOTE | COLOMBIA | TOLIMA | SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA | $20.000.000,00 |
| LOTE | COLOMBIA | TOLIMA | SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA | $35.000.000,00 |
| APARTAMENTO | COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ | $135.000.000,00 |
| MOTO | COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ | $10.000.000,00 |
| CARRO | COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ | $110.000.000,00 |
| MOTO | COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ | $3.500.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| PRESTAMO BANCO | $87.000.000,00 |
| PRESTAMO BANCO | $10.000.000,00 |
| PRESTAMO BANCO | $90.000.000,0 |
| TARJETA DE CREDITO | $9.300.000,00 |
| TARJETA DE CREDITO | $3.000.000,00 |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro. | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|---|---|---|---|---|
| Madre | MARTHA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ | CEDULA DE CIUDADANIA | 65792942 | bajo mi cargo |

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

Seguridad y salud trabajo OPS. 54

| Federico Lleras Acosta | GESTION ADMINISTRATIVA | CODIGO: GA-FR-099 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 3 |
| | FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL | VIGENTE DESDE: 31-07-2024 |
| | | PAGÍNA 1 DE 2 |

| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | DIA | MES | AÑO | CIUDAD: |
|---|---|---|---|---|
| | 06 | 05 | 2025 | Ibague |

**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**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
|---|---|---|
| Rivera | Rodriguez | Leidy Liliela |

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

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 1.111.197.830

SEXO: F [X] M [ ]

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | LUGAR DE EXPEDICIÓN | FECHA DE NACIMIENTO | | | LUGAR DE NACIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | |
| 18 | 12 | 2008 | Mangita-TOL | 18 | 12 | 1990 | Honda-TOL |

| NACIONALIDAD 1 | NACIONALIDAD 2 | OCUPACIÓN / OFICIO | PROFESION |
|---|---|---|---|
| Colombiana | | SST | SST |

| DIRECCION RESIDENCIA | DEPARTAMENTO | CIUDAD |
|---|---|---|
| Villa cecilia Mz O casa 10 | Tolima | Mangita |

| CORREO ELECTRONICO | TELEFONO FIJO | CELULAR |
|---|---|---|
| leidy_1422@hotmail.com | — | 3204356513 |

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? _____

**2. INFORMACION FINANCIERA**

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXPORTACIONES | [ ] | INVERSIONES | [ ] | ENVÍO Y/O RECEPCION DE GIROS | [ ] | TRANSFERENCIAS | [ ] | ¿Cúal? | ____ |
| IMPORTACIONES | [ ] | PRESTAMOS | [ ] | PAGO DE SERVICOS | [ ] | OTRA? | [ ] | | |

**3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS**

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

**4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN**

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

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

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

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

8:37 am
07-mayo-2025
Jessica J.

| Federico Lleras Acosta E.S.E. EL HOSPITAL DE TODOS | GESTION ADMINISTRATIVA | CODIGO: GA-FR-099 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 3 |
| | FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL | VIGENTE DESDE: 31-07-2024 |
| | | PAGÍNA 2 DE 2 |

**5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

1. Copia del documento de identidad
2. Copia de la declaración juramentada de bienes y rentas del último año

**6. FIRMA Y HUELLA**

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

FIRMA Y CEDULA



HUELLA

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

| FECHA | DIA | MES | AÑO | HORA | 7:31 am |
|---|---|---|---|---|---|
| | 09 | MAYO | 2025 | | |

| 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: No reporta restricciones en las listas consultadas del sarlaft/padm.

| NOMBRE DE QUIEN VERIFICA | FIRMA | CARGO |
|---|---|---|
| Carlos E Hernandez R. | | Profesional Universitario |

Revisado por: Jessica León
Auxiliar Administrativa - Grupo Sarlaft
Subgerencia Administrativa y Financiera.

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
Nit: 890706833-9

**LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE LA OFICINA DE GESTION DEL TALENTO HUMANO – SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 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, manual de contratación y atendiendo las disposiciones legales sobre la materia**

**CERTIFICA**

Que revisada la planta de personal permanente y temporal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E., se determinó que no existe personal de planta suficiente ni con la especialización necesaria para **CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES.**

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

Dado en Ibagué, 07 Abril de 2025.

**VICTORIA EUGENIA AVILEZ AROCA**
Profesional Especializado Gestión del Talento Humano

| Federico Lleras Acosta<br>EL HOSPITAL DE TODOS | GESTIÓN JURIDICA | Código: GJ-FR-005 |
|---|---|---|
| | | Versión: 02 |
| | FORMATO CERTIFICADO DE IDONEIDAD | Vigente desde: 02/10/2023 |
| | | PÁGINA: 1 de 2 |

**EL SUSCRITO ANDRES FELIPE MUNOZ ZUNIGA PROFESIONAL UNIVERSITARIO 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 PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES., 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 LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ identificado con CC. 1.111,197,830, de Mariquita.

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, LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ se encuentra apto para desarrollar la prestación de servicios PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES.. 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** | LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ | | |
| **TITULO PROFESIONAL** | PROFESIONAL SALUD OCUPACIONAL | | |
| **FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS** | 8-abr-17 | **No. TARJETA PROFESIONAL** | 30-abr-05 |
| | | **FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL** | 13-jul-17 |
| **POSTGRADO** | ESPECIALISTA EN GERENCIA HOSPITALARIA | | |
| **PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD** | CONTRATAR UN PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES. | | |

**EXPERIENCIA ACREDITADA**

| EMPRESA O ENTIDAD | FECHA DE INICIO | FECHA FINAL | TIEMPO LABORADO O EJECUTADO |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL | 16/09/2020 | 31/12/2024 | 51 MESES 15 DIAS |

**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**

| | | | |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA | 8/07/2020 | 7/01/2024 | 48 MESES |
| ALCALDIA MUNICIPAL SALDAÑA TOLIMA | 3/11/2017 | 31/08/2020 | 33 MESES 28 DIAS |
| HOSPITAL CENTRO PLANADAS TOLIMA | 3/05/2016 | 31/12/2019 | 43 MESES 28 DIAS |
| TIEMPO TOTAL CERTIFICADO | | | 6 AÑOS 5 MESES 11 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 | | |
| 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 LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ 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 "CONTRATAR UN PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES.."

FECHA DE VALIDACION HOJA DE VIDA: 07 DE ABRIL DE 2025

Dado en Ibagué a los 07 DE ABRIL DE 2025

ANDRES FELIPE MUÑOZ ZUÑIGA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**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**

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, 06/05/2025 12:04:50 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1111197830** y Nombre: **LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ.**

## 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. **115393159** . 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

| Federico Lleras Acosta<br>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: 1 de 2 |

**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.

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

**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: 06 Mayo 2025 Ciudad: Ibagué

**DIVULGANTE**

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

**RECEPTOR**

NOMBRE: Leidy Julieth Rivera Pedraza

No. C.C : 1.111.197.830

FIRMA:

| 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.<br>Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados.<br>Realización de publicaciones internas y externas.<br>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.<br>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).<br>Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones.<br>Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital .<br>Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros.<br>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.<br>Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales.<br>Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial.<br>Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios<br>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos. |

## DECLARACIÓN:

Yo: Leidy Juliette Rivera Rodriguez 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 Ibague a los (6) Seis días del mes de Mayo del Año 2025.

Firma: Leidy Juliette Rivera Rodriguez

Nombre:

C.C No: 1.111.197.830 de: Mancuso

**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_____

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.<br>Pago de obligaciones contractuales.<br>Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma.<br>Soporte en procesos de auditoria externa/interna.<br>Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente.<br>Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL.<br>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.<br>Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL.<br>Con propósitos de seguridad o prevención de fraude.<br>Actualización de datos entregados por el Titular.<br>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 Ac E.S.E., como a continuación se describen**

| | |
|---|---|
| **ASPIRANTES** | Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral.<br>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.<br>Realización de procesos de elección y promoción interna. |
| **ESTUDIANTES** | Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos.<br>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio.<br>Realización de publicaciones internas y externas.<br>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna. |
| **PACIENTES Y ACOMPAÑANTES** | Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales<br>Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico<br>Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono).<br>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.<br>Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente.<br>Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios.<br>Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos.<br>Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud.<br>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital<br>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.<br>Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica.<br>Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios.<br>Ofrecer información sobre campañas, programas especiales.<br>Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario.<br>Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas.<br>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.<br>Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas<br>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.<br>Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas.<br>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.<br>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.<br>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL<br>Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos.<br>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil.<br>Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones. |

| Federico Lleras Acosta | 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_X_

Yo ____LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ____ identificado(a) con cédula de ciudadanía N.°__1111197830___ de MARIQUITA, 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?_____CONTRATISTA X

en el cargo específico o contrato: Profesional Salud Ocupacional en la siguiente dependencia o área de trabajo:__SEGURIDAD Y SALUD EN EL 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: _____
Cédula de ciudadanía N.° 1.111.197.830 de Maricuita
Fecha: 06-05-2025

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.

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

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 1111197830 **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 05/05/2025 11:15 PM

Código Verificación: **UFZQHTBJMR**

Válida hasta: **04/08/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

| Federico Lleras Acosta<br>EL HOSPITAL DE TODOS | 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: 1.111.197.830**

**Contratista: LEIDY JULIETH RIVERA RODRIGUEZ**

**Rubro Presupuestal:** 2.1.2.02.02.008.8.3.9.9.0.01

**Nombre Rubro Presupuestal:** OTROS SERVICIOS PROFESIONALES TECNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P

**Certificado de Disponibilidad Presupuestal a afectar:**

**Valor:** $ 34.400.000.

**Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada)**

CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL HOSPITAL FEDERICO ESE EN LAS DOS SEDES. PLAZO 08 OCHO MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO.

**Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado**

***ANDRES FELIPE MUÑOZ ZUÑIGA***
***Profesional Universitario***

**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: ANDRES MUÑOZ 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**