





Andrea Verónica Ojeda.

11

LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL						
No.	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
<b>ETAPA PREPARATORIA</b>						
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA	3	X			
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo	4-12	X			SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	13	X			SUPERVISOR
<b>ETAPA PRECONTRACTUAL</b>						
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II	14	X			
5	PROPUESTA	15	X			
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma gerente)	16	X			SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP	17-19	X			
8	CERTIFICADOS DE ESTUDIOS (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	20-25	X			
9	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	26-27	X			
10	COPIA DE LA RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL	.			X	
11	POLIZA - Responsabilidad medica vigente ( Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)	28	X			
12	TARJETA PROFESIONAL (copia del certificado o la tarjeta de inscripción ante la secretaría Departamental del Tolima)	29	X			
<b>SOPORTE VITAL AVANZADO - VENCIMIENTO 2 AÑOS</b>						
12	ACLS (apoyo vital cardiovascular) y ATLS (apoyo vital traumatológico avanzado para los médicos de urgencias-fecha de vencimiento 2 años ATLS-PALS-NALS)				X	
	REANIMACIÓN AVANZADA PEDIÁTRICA PALS (apoyo vital pediátrico avanzado para enfermeras y médicos de UCI pediátrico-fecha de vencimiento 2 años PALS)				X	
	REANIMACIÓN AVANZADA NEONATAL NALS (para enfermeras y médicos de UCI Neonatal - fecha de vencimiento 2 años NALS)				X	
13	Diplomado y/o experiencia en manejo de pacientes críticos, adultos, pediátricos o neonatal (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud).				X	
14	SALUD MENTAL: Certificado de formación para atención al paciente de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y adicciones (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud, trabajador social). Excepto el psiquiatra.				X	
15	HOSPITALIZACIÓN 6 PISO PEDIATRÍA: Certificado de formación para atención al paciente oncológico pediátrico. (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud).				X	
16	ONCOLOGÍA: Certificado de formación para atención al paciente oncológico (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud).				X	
	QUÍMICO FARMACÉUTICO: acciones de formación cuidado integral de paciente adulto y pediátrico con quimioterapia				X	
17	HEMODINAMIA / CARDIOLOGÍA: Profesional de enfermería: acciones de formación en realización de procedimientos ofertados				X	
18	UNIDAD RENAL: Constancia de acciones de formación en atención del paciente en diálisis renal (Médico, Profesional de Enfermería, Auxiliar de Enfermería) y control de complicaciones más frecuentes del servicio (Médico)				X	
19	UNIDAD DE QUEMADOS: Constancia de acciones de formación en atención del paciente quemado (Médico, Profesional de Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Terapia) (Excepto el cirujano Plástico)				X	
20	Soporte Vital Básico - RCP / BLS ( Auxiliares area Salud e Instrumentadores Quirúrgicos)				X	
21	Soporte Vital Avanzado / ACLS ( Médicos generales, Especialistas, Profesionales de Enfermería, Terapeutas Respiratorios, Fisioterapeutas).	30	X			
22	Cuidado del Donante expedido por institución avalada por el INS (Médicos Generales y especialistas hospitalización, urgencias, UCIA, UCIP, UCIN y Quirófano).	31	X			
23	Constancia de asistencia acciones de formación en gestión operativa de la donación (Médicos especialistas UCI, Médicos generales UCI)				X	
24	Curso gestión pre-transfusional ( Bacteriólogas).				X	
25	Toma de muestras de Laboratorio Clínico (Profesionales de enfermería, - Auxiliares de Enfermería).				X	

LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL

		CUMPLE		
26	Administración de medicamentos (Profesionales de enfermería, - Auxiliares de Enfermería).			X
27	Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Todo personal asistencial)	32	X	
28	Transfusión Sanguínea (Profesionales de enfermería, Auxiliares de enfermería y médicos generales).			X
29	Curso toma de muestras de laboratorio en punto del paciente POCT (Médicos generales, Profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, bacteriólogos y terapeutas respiratorias)			X
30	Gestión del duelo ( Todo personal asistencial)	33	X	
31	Atención a víctimas de ataques con agentes químicos( Médicos generales, Profesionales de enfermería, y auxiliares de enfermería)			X
32	Curso manejo del dolor y cuidado paliativo. ( Médicos)	34	X	
33	Acción de formación continua en manejo del paciente oncológico (Profesionales enfermería, auxiliares de enfermería, Médicos Generales del servicio)			X
34	Curso emergencias obstétricas - Sala de Partos ( Médicos generales, Profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería)			X
35	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)			X
36	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)			X
37	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)			X
38	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)			X
39	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	35	X	
40	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización)	36	X	
41	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)	37	X	
42	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	38	X	
43	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA			X
44	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	39	X	
45	RUT ACTUALIZADO (vigencia menor a 3 meses)	40	X	
46	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)	41	X	
47	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	42	X	
48	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	43	X	
49	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en <a href="https://srvpsi.policia.gov.co/pscf/m_cnp_consulta.aspx">https://srvpsi.policia.gov.co/pscf/m_cnp_consulta.aspx</a> )	44	X	
50	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXUALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	45	X	
51	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (ley 1918 de 2018. - <a href="https://inhabilidades.policia.gov.co">https://inhabilidades.policia.gov.co</a> )	46	X	
52	PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (cuando aplique)	47	X	
53	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS (menor a 3 meses)	48	X	
54	CERTIFICADO AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN (menor a 3 meses)	49	X	
55	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A ARL (cuando aplique/menor a 3 meses)	50	X	
56	GA-FR-153 Aceptación de Notificación Por Medios Electrónicos	51	X	
57	CERTIFICADO CUENTA BANCARIA (activa)	52	X	
58	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	53	X	
59	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)	54-56	X	
60	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	54-56	X	
61	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)	-		X
62	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	57	X	
63	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL (vigencia menor a dos años)	58-59	X	
64	CERTIFICADO EXPOSICION IONIZANTES (radiólogos)			X
65	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA NATURAL-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019	60-61	X	

LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL					
		CUMPLE			
66	GA-FR-099- FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL (VoBo, Revisado previamente por el area encargado)	65-66	X		
67	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)	67	X		SUPERVISOR
68	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)	68	X		SUPERVISOR
69	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	69-70	X		
70	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	71-72	X		
71	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES	73	X		
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	74	X		
73	FORMATO SOLICITUD DE REGISTRO PRESUPUESTAL				
ETAPA CONTRACTUAL					
74	CONTRATO				JURIDICA
75	REGISTRO PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO
76	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- aprobadas-responsabilidad medica vigente que cumpla con la duracion del contrato)				
77	RECIBO PAGO PÓLIZAS				
78	ESTAMPILLAS (Si aplica)				
79	CERTIFICADO AFILIACIÓN ARL				JURIDICA
80	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN				JURIDICA
81	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO				SUPERVISOR
82	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO				SUPERVISOR
TOTAL FOLIOS					

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


- 1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.
- 2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL
- 3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA


RECIBE

REVISAR

*[Handwritten Signature]*  
20105125


	<b>GESTIÓN JURÍDICA</b>		Código: GJ-FR-011
			Versión: 2
	<b>FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA - PERSONA NATURAL ASISTENCIAL</b>		Vigencia: 2/10/2023
			Página: 1 de 1

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	28/01/2025			CORREO ELECTRÓNICO	veronicaoreyes@gmail.com			
PRIMER NOMBRE	ANDREA			SEGUNDO NOMBRE	VERÓNICA			
PRIMER APELLIDO	OJEDA			SEGUNDO APELLIDO	REYES			
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	23/09/1990			LUGAR DE NACIMIENTO	PASTONARIÑO	RH	A+	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	X	CE	NÚMERO DE DOCUMENTO	1010196382			
LUGAR DE EXPEDICIÓN	BOGOTA			GENERO	FEMENINO		EDAD	34
ESTADO CIVIL	SOLTERA	NÚMERO DE HIJOS	0	TELEFONO CELULAR	3132701207		TELEFONO FIJO	
DIRECCIÓN ACTUAL	CRA 46 22A 58				CIUDAD	BOGOTA		
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD	SI		NO	X	¿CUAL?			
N° LIBRETA MILITAR (Cuando Aplique)					DISTRITO MILITAR (Cuando Aplique)			
PROFESIÓN	MEDICA				ESPECIALIZACIÓN	MEDICINA MATERNO FETAL		
NIVEL DE RIESGO SEGÚN ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR	1		2		3	4	X	5
N° TARJETA PROFESIONAL (Cuando Aplique)	1010196382				FECHA DE EXPEDICIÓN	11/03/2019		
EPS	SURA				FONDO DE PENSION(AFP)	COLFONDOS		
ARL	POSITIVA			FUNCIÓN A DESEMPEÑAR	ESPECIALISTA EN MEDICINA MATERNO FETAL			
ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO								
CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACION DE DOCUMENTOS	SI		NO		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								

<b>ESTUDIOS PREVIOS</b> <b>111-UFIM</b>					 <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 1 de 17	

**PROCESO DE SELECCIÓN DE:**  
**CONTRATACIÓN DIRECTA   x**  
**MINIMA CUANTIA: \_\_\_\_\_**  
**MENOR CUANTIA: \_\_\_\_\_**  
**MAYOR CUANTÍA: \_\_\_\_\_**

<b>E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA</b>	
<b>ESTUDIO PREVIO SELECCIÓN DE CONTRATACIÓN</b>	
<b>CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL</b>	
Fecha de elaboración del Estudio previo	Mayo de 2025
Nombre del funcionario que diligencia el Estudio previo	NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMAN
Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato	Unidad Funcional de Internación Médica
Dependencia solicitante	Unidad Funcional de Internación Médica
Tipo de Contrato	Prestación de Servicios
Presupuesto Oficial	<b>\$ 240.000.000</b>
Rubro del Presupuesto Oficial	2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01 Servicios Médicos Especializados
<b>Descripción de la Necesidad</b>	
Justificación	<p>El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E. presta servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo, Secretaría de Salud Departamental y Secretaría de Salud Municipal, Entidades de Régimen Especial (Policía Nacional, Ejército, PPL), además de las necesidades de otras entidades prestadoras del servicio de salud, teniendo en cuenta que es la única Institución Pública que presta servicios de alta complejidad en el Departamento del Tolima.</p> <p>En cumplimiento de su misión y en procura de salvaguardar el derecho fundamental a la atención integral en salud de todos los usuarios, con especial énfasis en la población maternoperinatal se requiere contar con profesionales en perinatología que garanticen la atención oportuna y de calidad a nuestras usuarias.</p> <p>La atención materno-fetal en hospitales de alta complejidad requiere un enfoque especializado que garantice la reducción de la morbilidad materna y neonatal. La perinatología es una especialidad fundamental en este contexto, ya que se centra en la vigilancia, diagnóstico y tratamiento de embarazos de alto riesgo, contribuyendo a mejores resultados en salud materno-infantil.</p> <p>La perinatología desempeña un papel esencial en el abordaje integral de pacientes gestantes con patologías preexistentes o complicaciones durante el embarazo. Su vinculación en un hospital de alta complejidad permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Manejo de embarazos de alto riesgo:</b> Atención especializada a gestantes con patologías como hipertensión, diabetes gestacional, enfermedades autoinmunes, cardiopatías, entre otras.</li> <li>• <b>Atención integral materno-fetal:</b> Evaluaciones ecográficas avanzadas, detección de anomalías congénitas y planificación de intervenciones</li> </ul>

<b>ESTUDIOS PREVIOS 111-UFIM</b>					 <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>
<b>CÓDIGO:</b> GA-FR-045	<b>Fecha de elaboración:</b> 18-01-2016	<b>Fecha de actualización:</b> 12/12/2022	<b>Versión:</b> 8	<b>Página</b> 2 de 17	


	<p>intrauterinas cuando sea necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reducción de complicaciones neonatales:</b> Diagnóstico oportuno y tratamiento de condiciones que pueden afectar la salud del recién nacido, como la prematuridad o restricción del crecimiento intrauterino.</li> <li>• <b>Optimización de los recursos hospitalarios:</b> Disminución de hospitalizaciones prolongadas, reducción de ingresos a unidades de cuidados intensivos neonatales y mejor planificación del parto en casos complejos.</li> </ul> <p>Estudios han demostrado que la implementación de la perinatología en hospitales de alta complejidad mejora los indicadores de salud perinatal, disminuyendo la tasa de complicaciones graves como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muerte materna por preeclampsia severa o hemorragias obstétricas.</li> <li>• Mortalidad perinatal por malformaciones congénitas detectables tempranamente.</li> <li>• Secuelas neurológicas asociadas a nacimientos prematuros sin atención especializada.</li> </ul> <p>Dada la complejidad de los casos atendidos en nuestro hospital, la ausencia de perinatólogos limita la capacidad de respuesta ante embarazos de alto riesgo. La incorporación de esta especialidad permitirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un enfoque interdisciplinario con obstetras, neonatólogos y otros especialistas.</li> <li>• Una mejora en la calidad asistencial y en la seguridad materno-fetal.</li> <li>• El cumplimiento de estándares nacionales e internacionales en salud perinatal.</li> </ul> <p>La vinculación de la especialidad de perinatología en nuestro hospital de alta complejidad es una necesidad prioritaria para garantizar una atención óptima a las gestantes y neonatos con condiciones de alto riesgo. Su implementación asegurará mejores resultados en salud materno-infantil, optimización de recursos hospitalarios y reducción de la morbimortalidad materna y neonatal.</p>
--	---

<b>Descripción y Especificaciones del objeto a contratar</b>	
<b>Objeto del Contrato</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E.


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

<b>Especificaciones Técnicas</b>	<p>Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento:</p> <p><b>TÍTULO UNIVERSITARIO: MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA CON SUBESPECIALIDAD EN PERINATOLOGIA</b></p>
----------------------------------	--

5

<b>ESTUDIOS PREVIOS 111-UFIM</b>					 <b>Federico Lleras Acosta</b> EL HOSPITAL DE TODOS
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 3 de 17	

Plazo del Contrato	Seis (6) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.																																																
Lugar de Ejecución del Contrato	Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.																																																
Forma de Pago	<p><b>El contratante pagará el valor del contrato de la siguiente manera:</b></p> <p>El contratante pagara el valor del contrato por evento con las siguientes tarifas:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">CUPS</th> <th style="width: 60%;">PROCEDIMIENTO</th> <th style="width: 25%;">TARIFAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>890350</td> <td>INTERCONSULTA SUB ESPECIALIZADA EN PERINATOLOGIA HOSPITALIZACION</td> <td>\$ 50.000</td> </tr> <tr> <td>890350</td> <td>CONSULTA SUB ESPECIALIZADA PERINATOLOGIA AMBULATORIO</td> <td>\$ 70.000</td> </tr> <tr> <td>890502</td> <td>JUNTA MEDICA ESPECIALIZADA</td> <td>\$ 50.000</td> </tr> <tr> <td>881401</td> <td>ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL</td> <td>Tarifa vigente contratada con EAPB -15%</td> </tr> <tr> <td>881402</td> <td>ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL</td> <td>Tarifa vigente contratada con EAPB -15%</td> </tr> <tr> <td>881403</td> <td>ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)</td> <td>Tarifa vigente contratada con EAPB -15%</td> </tr> <tr> <td>881431</td> <td>ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL</td> <td>Tarifa vigente contratada con EAPB -15%</td> </tr> <tr> <td>881432</td> <td>ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL Y/O CERVICOMETRIA</td> <td>Tarifa vigente contratada con EAPB -15%</td> </tr> <tr> <td>881434</td> <td>PERFIL BIOFISICO</td> <td>Tarifa vigente contratada con EAPB -15%</td> </tr> <tr> <td>881435</td> <td>ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL</td> <td>Tarifa vigente contratada con EAPB -15%</td> </tr> <tr> <td>882298</td> <td>ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA</td> <td>Tarifa vigente contratada con EAPB -15%</td> </tr> <tr> <td>882203</td> <td>ESTUDIO DE TAMIZAJE RIESGO PREECLAMPSIA Y/O RCIU (DOPPLER DE UTERINAS)</td> <td>Tarifa vigente contratada con EAPB -15%</td> </tr> <tr> <td>881436</td> <td>ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL</td> <td>\$ 120.000</td> </tr> <tr> <td>881437</td> <td>ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO</td> <td>\$ 120.000</td> </tr> <tr> <td>881438</td> <td>ECOCARDIOGRAFIA FETAL</td> <td>\$ 190.000</td> </tr> </tbody> </table>	CUPS	PROCEDIMIENTO	TARIFAS	890350	INTERCONSULTA SUB ESPECIALIZADA EN PERINATOLOGIA HOSPITALIZACION	\$ 50.000	890350	CONSULTA SUB ESPECIALIZADA PERINATOLOGIA AMBULATORIO	\$ 70.000	890502	JUNTA MEDICA ESPECIALIZADA	\$ 50.000	881401	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL Y/O CERVICOMETRIA	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%	881434	PERFIL BIOFISICO	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%	882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%	882203	ESTUDIO DE TAMIZAJE RIESGO PREECLAMPSIA Y/O RCIU (DOPPLER DE UTERINAS)	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	\$ 120.000	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	\$ 120.000	881438	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	\$ 190.000
	CUPS	PROCEDIMIENTO	TARIFAS																																														
	890350	INTERCONSULTA SUB ESPECIALIZADA EN PERINATOLOGIA HOSPITALIZACION	\$ 50.000																																														
	890350	CONSULTA SUB ESPECIALIZADA PERINATOLOGIA AMBULATORIO	\$ 70.000																																														
	890502	JUNTA MEDICA ESPECIALIZADA	\$ 50.000																																														
	881401	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%																																														
	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%																																														
	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%																																														
	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%																																														
	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL Y/O CERVICOMETRIA	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%																																														
	881434	PERFIL BIOFISICO	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%																																														
	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%																																														
	882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%																																														
	882203	ESTUDIO DE TAMIZAJE RIESGO PREECLAMPSIA Y/O RCIU (DOPPLER DE UTERINAS)	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%																																														
	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	\$ 120.000																																														
881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	\$ 120.000																																															
881438	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	\$ 190.000																																															

<b>ESTUDIOS PREVIOS 111-UFIM</b>				 <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	
<b>CÓDIGO:</b> GA-FR-045	<b>Fecha de elaboración:</b> 18-01-2016	<b>Fecha de actualización:</b> 12/12/2022	<b>Versión:</b> 8	<b>Página 4 de 17</b>	

	<b>881439</b>	NEUROSONOGRAFIA FETAL	\$ 190.000
	<b>751101</b>	AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA (SIEMPRE SE DEBE REALIZAR CON GUIA ECOGRAFICA 881701)	\$ 250.000
	<b>881701</b>	ECOGRAFIA DE ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO INTERVENCIONISTA	\$ 190.000
	<b>751201</b>	AMNIOREDUCCION	\$ 250.000
	<b>675103</b>	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL	\$ 150.000
	<b>699602</b>	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO X VIA VAGINAL	Tarifa vigente contratada con EAPB -15%

Para el pago, el CONTRATISTA deberá aportar la siguiente documentación:

1. Informe de Producción (reporte de actividades realizadas durante el mes: relación de turnos realizados durante el mes. Debe estar al día con el registro de los hechos vitales de acuerdo a información que suministre el técnico de estadística).
2. Certificado de paz y salvo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales del correspondiente periodo.
3. Informe de supervisión
4. Acta de inicio (primera cuenta).
5. Afiliación a la ARL (primera cuenta).
6. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de acuerdo al periodo certificado.
7. Factura de acuerdo a las normas tributarias

PARAGRAFO 1: En los contratos de prestación de servicios de salud en caso de mora en el pago por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima Empresa Social del Estado, la mora se generará a partir de la solicitud que realice en contratista a la entidad y se cancelará solo un interés de mora del 0,1%.

PARAGRAFO 2: El contratista deberá cumplir con las condiciones señaladas en la forma de pago, por ningún motivo el contratista podrá presentar más de dos cobros o facturas, en un mismo mes.

PARAGRAFO 3: El valor del contrato se cancelará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la radicación de la factura.

#### VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANALISIS ECONOMICO JUSTIFICADO


El valor Estimado para la presente contratación es de:

**DOSCIENTOS CUARENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$ 240.000.000)**

#### ESTUDIOS DE MERCADO

Para efectos del cálculo del presupuesto se realizó el análisis económico del valor estimado del contrato, basándose en los dos contratos celebrados y ejecutados en la vigencia 2022, 2023 y 2024 por el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. a continuación de relaciona información de los mismo para efectos de soportar el estudio:

N° CONTRATO	PLAZO	VALOR
2024-0161 13 de febrero	8 meses	\$340.000.000

ESTUDIOS PREVIOS 111-UFIM					 <b>Federico Lleras Acosta</b> EL HOSPITAL DE TODOS
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 5 de 17	

de 2024			
2023-0601	01	de	3 meses
noviembre de 2023			\$125.000.000
2022-0629	15	de	3 meses
noviembre de 2022			\$130.000.000


Que, de acuerdo a la gráfica y/o tabla relacionada se puede evidenciar que el perfil requerido para el presente contrato, viene siendo contratado por el Hospital Federico Lleras Acosta por un valor equivalente al asignado en este estudio previo.

**GARANTIAS DEL CONTRATO:**

Tipo o Clase de Garantía	Cobertura o Niveles de Amparo	Valores	Vigencia
Cumplimiento del contrato:	Para precaver los perjuicios que se deriven del incumplimiento de las obligaciones contractuales incluidas las multas y la cláusula penal que se pacten en el contrato.	El valor de esta garantía debe ser de por lo menos el diez por ciento (10%) del valor del contrato.	La garantía de cumplimiento del contrato debe tener una vigencia del plazo total del contrato más 6 meses.
Responsabilidad civil Extracontractual	para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato su cuantía se establecerá	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV.	La vigencia de esta garantía deberá ser igual al periodo de ejecución del contrato.
Póliza de responsabilidad médica:	Para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV.	vigencia corresponderá al plazo del contrato.
Calidad del bien del servicio	Para precaver los perjuicios que se deriven de la falta de calidad en la ejecución de las actividades que se demuestren durante la ejecución del contrato o incluso después de éste.	El valor de la garantía deberá ser por lo menos del 20% del valor del contrato.	La vigencia será por el término de ejecución del contrato y un año más

**ATENCIÓN EN AREAS DE INTERNACIÓN MÉDICA, URGENCIAS, CUIDADO CRÍTICO**

Obligaciones del Contratista	<p><u>Actividades generales:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo, implementación y seguimiento del Plan de Mejoramiento y plan de Acción en todas las Dependencias de la Entidad.</li> <li>Realizar la debida clasificación y diligenciamiento en la historia clínica y demás herramientas que disponga la entidad para la clasificación de CIE-10 y la codificación CUPS. La presente obligación será medida con el fin de garantizar la calidad de la información para el cumplimiento de los objetivos en el proceso de la radicación de las facturas de reconocimiento y pago de los servicios prestados por parte de las diferentes EAPB.</li> <li>El contratista debe diligenciar todos los registros de su competencia sobre la atención (físicos o electrónicos). Sera responsable de la evolución diaria y escrita del paciente, durante todo el tiempo de su estancia, de las órdenes médicas, de la solicitud, registro e</li> </ol>
------------------------------	---

<b>ESTUDIOS PREVIOS</b> <b>111-UFIM</b>					 <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>EL HOSPITAL DE TÓDICO</small>
<b>CÓDIGO:</b> GA-FR-045	<b>Fecha de elaboración:</b> 18-01-2016	<b>Fecha de actualización:</b> 12/12/2022	<b>Versión:</b> 8	<b>Página</b> 6 de 17	

	<p>interpretación de los exámenes paraclínicos y de la epicrisis en el SOFTWARE INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL, cumpliendo con las normas sobre manejo de la historia, documentos clínicos y sobre la confidencialidad de la información o el secreto profesional, para tener documentado el proceso asistencial.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Registrar diariamente los procedimientos, actividades e intervenciones realizados a los pacientes, con sus respectivos códigos, con el fin de mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, incluyendo los formatos especiales tales como el NO-POS, MIPRES, RUAF, etc.</li> <li>5. En lo que le corresponda a la Historia Clínica de un paciente, ésta debe ser el reflejo exacto y completo de las condiciones de salud de aquel, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 1.995 del año 1.999, expedida por el Ministerio de la Protección Social y las demás normas que regulen la materia, por lo cual el contratista se obliga a elaborar una Historia Clínica que reúna las siguientes características: <b>COMPLETA:</b> Esto es que contenga la totalidad de la información relevante sobre los antecedentes del paciente, diagnóstico, tratamiento y en general que se consigne de manera clara e integra la información que requiere un profesional de la medicina para conocer y atender en forma adecuada a una persona. <b>COHERENTE:</b> La Historia Clínica es un documento que elaboran varias personas a lo largo del tiempo. El contratista entiende que cada anotación es un elemento integrante de un todo y se obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite elementos importantes a las siguientes. <b>SUSTENTADA:</b> La Historia Clínica debe estar soportada en estudios científicos.</li> <li>6. El contratista acepta conocer que el ejercicio de la profesión médica está enmarcado dentro de unos criterios científicos generalmente aceptados y apartarse injustificadamente de ellos puede ser un indicio en contra de la diligencia e idoneidad del profesional.</li> <li>7. El contratista debe desarrollar el contrato cumpliendo con los estándares de habilitación y calidad establecida en la normatividad legal vigente, so pena de dar por terminado el contrato en caso de no ser así.</li> <li>8. Responder por la atención integral de los pacientes puestos a su cuidado, desde el ingreso hasta el egreso de su especialidad, para contribuir al mejoramiento de sus condiciones de salud.</li> <li>9. Resolver interconsultas a otras especialidades, con oportunidad, suficiencia y claridad, para apoyar el tratamiento integral de los pacientes.</li> <li>10. Mantener comunicación con usuarios, familia y equipo de salud sobre el estado de salud del paciente y el plan de atención, para lograr la adherencia al tratamiento.</li> <li>11. Conocer y aplicar guías de atención médica, establecidas en la institución y participar en el proceso de revisión y actualización de las mismas.</li> <li>12. Realizar el proceso de obtención y diligenciamiento del consentimiento informado para todos los procedimientos o tratamientos que lo requieran.</li> <li>13. Asistir y recibir capacitación en aspectos relacionados de su especialidad y administrativos, que respondan al direccionamiento estratégico institucional con el fin de mantenerse actualizado para la prestación del servicio con calidad.</li> <li>14. Asistir a las reuniones programadas por la institución, incluyendo comités de infecciones, revisiones de caso, comités de morbimortalidad, complicaciones quirúrgicas y anestésicas.</li> <li>15. Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el Hospital cuenta con firma digital, por lo tanto, todo médico especialista debe registrar su firma en el área de sistemas; solo a través de este procedimiento se puede firmar la historia clínica. Esto da a la historia clínica el carácter de documento privado, identifica el autor de cada anotación y precisa el momento en que cada profesional interviene. Es responsabilidad del contratista el manejo y confidencialidad de su clave y es responsable por el uso indebido por parte de terceras personas a quien le sea dada a conocer la clave por el contratista.</li> <li>16. Desarrollar las actividades según la agenda definida previamente, garantizando el cumplimiento de los estándares de productividad mínima. El incumplimiento de esta generara la no cancelación de las actividades no realizadas y si el incumplimiento es</li> </ol>
--	---

**ESTUDIOS PREVIOS  
111-UFIM**



**Federico  
Lleras Acosta**  
EL HOSPITAL DE TODOS

CÓDIGO:  
GA-FR-045

Fecha de elaboración:  
18-01-2016


Fecha de actualización:  
12/12/2022

Versión: 8


Página 7 de 17

reiterativo se impondrán las multas que se encuentren en el contrato.

17. Reportar en los formatos establecidos para tal fin, los incidentes o eventos adversos que identifique durante su trabajo en la institución y participar en los análisis y elaboración de los planes de mejoramiento cuando sea necesario.
18. Reportar al coordinador de la Unidad Funcional las necesidades de recursos, con el soporte técnico científico, con el objeto de garantizar la oportunidad y continuidad del servicio.
19. Custodiar los elementos, materiales y equipos asignados a su área, con el fin de lograr el uso racional de los mismos.
20. Emitir conceptos o peritajes medicolegales y asistir a las citas relacionadas con responsabilidad médica, con el fin de cumplir con las obligaciones como auxiliar de la justicia.
21. Participar en el desarrollo de los planes, programas y proyectos de su unidad funcional y especialidad, para contribuir al cumplimiento de la plataforma estratégica institucional.
22. Realizar vigilancia epidemiológica para prevenir riesgos en salud y elaborar adecuada y oportunamente los instrumentos establecidos, cuando sea necesario, con el fin de facilitar las intervenciones de salud pública.
23. Participar en comités y grupos en los que haya sido incluido para el desarrollo de la plataforma estratégica.
24. Cumplir y hacer cumplir todas las normas de bioética y ética establecidas, para garantizar el respeto de los derechos de los pacientes y el ejercicio responsable de la profesión.
25. Conocer y aplicar los elementos del Modelo Estándar de Control Interno o del Modelo Integral de Planeación y Gestión y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que integran el Sistema de Gestión del Hospital "SIG" y en general todas las normas y reglamentos ejerciendo autocontrol, autogestión y auto regulación, en todas las actividades que se realicen durante el desarrollo del objeto contractual.
26. Para desarrollar los procesos deberá tenerse en cuenta las normas, reglamentos, políticas, protocolos y procedimientos definidos por la Institución.
27. Dar respuesta a los requerimientos hechos por el supervisor para entregar la información solicitada con calidad y oportunidad; en caso de no obtener respuesta se considera incumplimiento del objeto del contrato.
28. Portar el carné de identificación; los costos de estos los asume el contratista, en caso de no usarlos, se considera incumplimiento del contrato.
29. Utilizar y portar todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades y propender por el autocuidado de su salud y el cuidado de la salud de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades
30. En caso de disminución en la demanda de servicios, daños estructurales o mejoras de las mismas, o cualquier otra novedad que disminuya la capacidad instalada en el momento de la prestación del servicio, la Institución informará en un plazo no menor a un (1) día calendario, la necesidad del servicio, notificándole telefónicamente y/o vía electrónica y solo se pagaran las horas efectivas ejecutadas durante el desarrollo de las actividades del objeto contractual.
31. En caso de incumplimiento reiterativo del objeto contractual debidamente documentado por el supervisor del contrato, el Hospital podrá de manera unilateral dar por terminado el respectivo vínculo contractual.
32. Actuar con honestidad, responsabilidad, amabilidad, disciplina y excelente atención al paciente hospitalizado, médicos internos y residentes y demás personal de institución. El maltrato físico o verbal a cualquier persona será causa de terminación unilateral del contrato.
33. Brindar debida respuesta a los requerimientos efectuados por los entes de control, por entidades y/o personas que así lo soliciten.
34. Estar a paz y salvo con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral. El salario base de cotización con el cual debe realizar el aporte mensual como trabajador independiente, deberá corresponder como mínimo al 40% del valor facturado al hospital en el respectivo mes. En el caso de personas jurídicas se deberá anexar la planilla de pago de nómina del correspondiente mes; en caso de no tener empleados se aportará la certificación

<b>ESTUDIOS PREVIOS</b> <b>111-UFIM</b>					 <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 8 de 17	

	<p>del contador donde conste que se encuentra al día en el pago de la seguridad social en cumplimiento del de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007.</p> <p>35. Teniendo en cuenta que la docencia y la investigación son ejes fundamentales del actuar de la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, EL CONTRATISTA se obliga a desarrollar el objeto del presente contrato permitiendo el desarrollo de las actividades docentes propias de los convenios docencia-servicio suscritos por EL CONTRATANTE.</p> <p>36. Realizar las demás actividades que surjan con ocasión de la ejecución del presente contrato, previamente avaladas por la supervisión del presente contrato.</p> <p><u>Actividades Específicas:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención diaria del paciente internado en el servicio de hospitalización, unidad de cuidados intensivos o urgencias según programación, de acuerdo a los procesos asistenciales establecidos en la institución.</li> <li>2. La revista en los servicios de internación médica y urgencias debe realizarse antes de la 9:00 am.</li> <li>3. Realizar registros en historia clínica de las valoraciones diarias de los pacientes a su cargo, las evoluciones diarias deben registrarse antes de la 2:00 pm para la revista de la mañana.</li> <li>4. Gestión y respuesta de interconsultas en los servicios de la institución donde se genere la solicitud, dentro de las 24 horas siguientes a su solicitud de lunes a viernes y justificando su estancia.</li> <li>5. Realización de procedimientos de su competencia en el servicio de salas de partos, consulta externa, consulta prioritaria, urgencias, unidad de cuidados intensivos y servicios de hospitalización con oportunidad, pertinencia y racionalidad.</li> <li>6. Diligenciamiento de los registros de su competencia: historia clínica electrónica, ordenes médicas, evoluciones médicas, diligenciamiento de incapacidades médicas, consentimientos informados, registro de defunción, fichas epidemiológicas de eventos de interés en salud pública con calidad y oportunidad.</li> <li>7. Asistir, preparar, presentar, analizar, construir y ejecutar los planes de mejoramiento de casos de interés en salud pública, seguridad del paciente, solicitudes de las entidades pagadoras y de control donde sea convocado.</li> <li>8. Participación y registro en la historia clínica de las juntas medicas que sea convocado.</li> <li>9. Brindar información a cuidador y/o familiares sobre el estado de salud del paciente, requerimiento de procedimientos, plan de manejo médico y pronóstico de la enfermedad.</li> <li>10. Compromiso con el cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación, proponiendo las acciones de mejora continua de acuerdo a la normatividad vigente, mediante la participación activa en la documentación, socialización y evaluación continua, generando atención humanizada, segura y de calidad al paciente y su familia.</li> <li>11. Obrar con diligencia en los asuntos a él encomendados.</li> <li>12. Resolver las consultas con mayor celeridad posible. Realizar un informe general de las actividades que se le hayan entregado cada mes (o más, según se acuerde).</li> <li>13. Realizar la debida clasificación y diligenciamiento en la historia clínica y demás herramientas que disponga la entidad para la clasificación de CIE-10 y la codificación CUPS. La presente obligación será medida con el fin de garantizar la calidad de la información para el cumplimiento de los objetivos en el proceso de la radicación de las facturas de reconocimiento y pago de los servicios prestados por parte de las diferentes EAPB.</li> <li>14. Realizar la debida clasificación y diligenciamiento en la historia clínica y demás herramientas que disponga la entidad para la clasificación de CIE-10 y la codificación CUPS correctas según resolución 2336 de 2023 o la norma que las modifiquen, La presente obligación será medida con el fin de garantizar la calidad de la información para el cumplimiento de los objetivos en el proceso de la radicación de las facturas de reconocimiento y pago de los servicios prestados por parte de las diferentes EAPB,</li> </ol>
--	--

<b>ESTUDIOS PREVIOS</b> <b>111-UFIM</b>					 <b>Federico Lleras Acosta</b> EL HOSPITAL DE TODOS
<b>CÓDIGO:</b> GA-FR-045	<b>Fecha de elaboración:</b> 18-01-2016	<b>Fecha de actualización:</b> 12/12/2022	<b>Versión:</b> 8	<b>Página</b> 9 de 17	

	<p>teniendo en cuenta a normatividad Decreto 780 de 2016, aplicación de la resolución RIPS resolución 2275 de 2023.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Garantizar que las ayudas diagnósticas ordenadas durante la ruta de atención del paciente de los diferentes servicios se interpreten en la historia clínica.</li> <li>16. Para efectos de los recobros de la glosa, estos operarán cuando las objeciones superen el 2% de la facturación, por debajo de esta cifra no habrá recobro al CONTRATISTA, esto sin perjuicio del análisis que se haga de las mismas para implementar los planes de mejoramiento. El procedimiento de recobros tendrá en cuenta los siguientes aspectos: 1. Cuando la glosa sea por no pertinencia demostrada, se glosará el total de los honorarios de la misma. 2. Cuando la glosa sea por condiciones del manual contratado, como mayor valor cobrado, se descontará al CONTRATISTA la diferencia entre el mayor valor cobrado y el valor reconocido. En general aplicarían las condiciones del manual contratado, se aplicará el 100% de la glosa de honorarios en lo que exceda en relación con el valor facturado por el CONTRATISTA. 3. Para las demás causas de glosa se aplicará si supera el 2% de la facturación.</li> <li>17. Realizar el correcto diligenciamiento en los diferentes formatos de la historia clínica.</li> <li>18. Participar activamente en la actualización de las guías de manejo para la atención integral.</li> <li>19. Las respuestas de las glosas de pertinencia deberán ir sustentadas en las guías de manejo integral del Hospital.</li> <li>20. Cuando se identifique que durante la auditoria de la cuenta hubo un mayor valor cobrado pagado al especialista, se descontará la diferencia de los honorarios.</li> </ol>
<b>Obligaciones de la E.S.E.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato</li> <li>• Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley</li> <li>• Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte.</li> </ul>
<b>Plazo de liquidación del contrato</b>	<p>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.</p>
<b>Fundamentos Jurídicos de Modalidad Selección</b>	<p>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.</p>
<b>Justificación de los factores de selección</b>	<p>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 inciso 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.</p>
<b>Condiciones de cumplimiento para la contratación.</b>	<p><b>MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA CON SUBESPECIALIDAD EN PERINATOLOGIA</b></p>

## ESTUDIOS PREVIOS 111-UFIM



**Federico  
Lleras Acosta**  
EL HOSPITAL DE TODOS

CÓDIGO:  
GA-FR-045

Fecha de elaboración:  
18-01-2016

Fecha de actualización:  
12/12/2022

Versión: 8

Página 10 de 17

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
			Financieros	Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	Mayor	4
		Ejecución	Regulatorios	Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias)	5	Catastrófico	5
			De la Naturaleza Ambientales Tecnológicos				

Estimación, tipificación y asignación de riesgos previsible

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)	5	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">circunstancias</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table> <p>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 riesgos 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.</p> <p><b>MECANISMOS DE COBERTURA:</b></p> <p>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.</p> <p><b>DEFINICIONES:</b></p> <p>Para los efectos del presente proceso de selección, se entenderán las siguientes categorías de riesgo:</p> <p><b>Riesgo Previsible:</b> Son los posibles hechos o circunstancias que por la naturaleza del contrato y de la actividad a ejecutar es factible su ocurrencia.</p> <p><b>Riesgo Imprevisible:</b> 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.</p> <p><b>Tipificación del Riesgo:</b> Es la enunciación que se hace de aquellos hechos previsible constitutivos de riesgo que, en criterio del HOSPITAL FEDERICO LLERAS, pueden presentarse durante y con ocasión de la ejecución del contrato.</p> <p><b>Asignación del Riesgo:</b> 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.</p> <p>Es importante señalar que los riesgos previsible 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, <b>NO SON RIESGOS PREVISIBLES</b>, el incumplimiento, la responsabilidad extracontractual, la teoría de la imprevisión, las inhabilidades e incompatibilidades y los aspectos administrativos internos.</p> <p>HOSPITAL FEDERICO LLERAS, identificó para el presente proceso de contratación los riesgos que se relacionan en la siguiente tabla:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No.</th> <th style="width: 5%;">Clase</th> <th style="width: 5%;">Fuente</th> <th style="width: 5%;">Etapa</th> <th style="width: 5%;">Tipo</th> <th style="width: 20%;">DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir)</th> <th style="width: 15%;">Consecuencia de la ocurrencia del evento</th> <th style="width: 5%;">Probabilidad</th> <th style="width: 5%;">Impacto</th> <th style="width: 5%;">Calificación Total</th> <th style="width: 5%;">Prioridad</th> </tr> </thead> </table>	circunstancias						No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad
circunstancias																		
No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad								

## ESTUDIOS PREVIOS 111-UFIM



**Federico  
Lleras Acosta**  
EL HOSPITAL DE TÓDCS

CÓDIGO:  
GA-FR-045

Fecha de elaboración:  
18-01-2016

Fecha de actualización:  
12/12/2022


Versión: 8

Página 12 de 17

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			económico del	Persona responsable por implementar el tratamiento	Monitoreo y revisión	
			Probabilidad	Impacto	Calificación			¿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

<b>ESTUDIOS PREVIOS 111-UFIM</b>					 <b>Federico Lleras Acosta</b> EL HOSPITAL DE TODOS
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 13 de 17	

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. La Entidad Estatal contratante se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, informes sobre la ejecución del contrato y los avances, junto con los documentos que lo soportan. La Entidad Estatal contratante evaluará periódicamente el desempeño del Contratista durante el desarrollo del objeto contractual, con arreglo a los criterios de evaluación que haya aprobado para el efecto.
Declaraciones del contratista	El futuro contratista hace las siguientes declaraciones: Conoce y acepta los Documentos del Proceso Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato. Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente.


**ESTUDIOS PREVIOS  
111-UFIM**




**Federico  
Lleras Acosta**  
EL HOSPITAL DE TODOS

<b>CÓDIGO:</b> GA-FR-045	<b>Fecha de elaboración:</b> 18-01-2016	<b>Fecha de actualización:</b> 12/12/2022	<b>Versión:</b> 8	<b>Página</b> 14 de 17
-----------------------------	--	--	-------------------	------------------------

	<p>El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato.</p> <p>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 este contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.</p> <p>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.</p> <p>En caso de adjudicación del contrato autoriza al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, verificar los títulos y demás documentos presentados en la oferta.</p>
<b>Responsabilidad:</b>	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.
<b>Propiedad Intelectual:</b>	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.
<b>Confidencialidad</b>	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.
<b>Terminación, modificación unilaterial e interpretación del Contrato:</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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</p>
<b>Multas</b>	En los contratos se incluirán las sanciones por incumplimiento del contratista como son


<b>ESTUDIOS PREVIOS</b> <b>111-UFIM</b>				 <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8 Página 15 de 17	

	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

<b>ESTUDIOS PREVIOS 111-UFIM</b>					 <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 16 de 17	

	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 del PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE INTERNACION MÉDICA o quien haga sus veces de la entidad CONTRATANTE, quién deberá controlar su ejecución y cumplimiento, conforme los deberes y obligaciones impuestos en virtud de la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción). Adicionalmente a esta, informarán al CONTRATISTA sobre las actividades a desarrollar de acuerdo con el objeto contratado. Hacer recomendaciones y sugerencias que puedan surgir en la ejecución del mismo y en general ser intermediario entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. PARÁGRAFO: La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratista a favor del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, deberá presentar informes mensuales que contengan la descripción de las actividades efectivamente ejecutadas.
Reclamos:	Los reclamos que las partes contratantes consideren pertinentes a deberán presentarse por escrito, recibida la reclamación, la parte requerida deberá pronunciarse dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la misma, y si guarda silencio se entenderá que la reclamación fue aceptada o aprobada.
Legislación:	El presente contrato se regirá por las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las cláusulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.
Auditoria:	La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorias en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP) (ARL) (EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Convienen las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista.
Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT	1) EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad 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

12

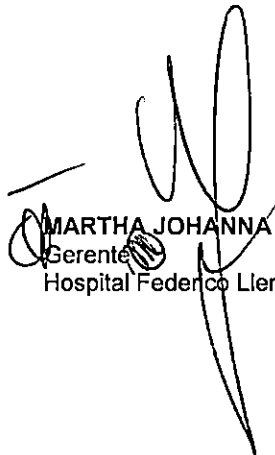
<b>ESTUDIOS PREVIOS</b> <b>111-UFIM</b>				 <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>
<b>CÓDIGO:</b> GA-FR-045	<b>Fecha de elaboración:</b> 18-01-2016	<b>Fecha de actualización:</b> 12/12/2022	<b>Versión:</b> 8 <b>Página</b> 17 de 17	

	<p>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.</p>
<b>Gastos:</b>	Los gastos que ocasione la legalización del contrato en caso de adjudicación del contrato a cargo del Contratista.
<b>Publicación:</b>	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-SECOPII - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente.
<b>Domicilio Contractual</b>	Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué
<b>Estampillas</b>	ESTAMPILLAS SEGÚN ORDENANZA 020 DE 2018-PARRAGRAFO: Queda excluidas del cobro de estampillas departamentales los contratos cuya fuente de financiación sean los recursos provenientes del sistema general de participación en salud a aquellos contratos que tengan por objeto la prestación de servicios profesionales, asistenciales y técnicos para la atención y recuperación de la salud, así como los contratos de suministros de medicamentos, insumos hospitalarios y en general, cualquier suministro de bienes, dispositivos y equipos médicos requeridos por las entidades de salud para el cumplimiento de ese mismo fin.
<b>Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.</b>	Ver documento adjunto


Responsable,



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



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

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

Fecha: Ibagué, **27 MAY 2025**

Para: jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01

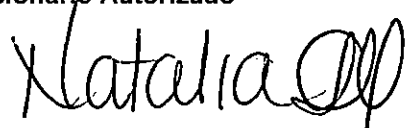
Nombre Rubro Presupuestal: SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS

Valor: \$ 240.000.000

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

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E. por seis (6) meses a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

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



**NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMÁN**  
Unidad Funcional Internación Médica

**Autorización Ordenador del Gasto:**

**Dra. 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 \_\_\_\_\_

<b>Diligenció</b>	
Nombre: <i>Alejandra Martínez</i>	Firma:
Fecha:	



Buscar...



- Búsqueda
- Mis procesos
- Menú
- Ir a

Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

### Datos guardados

Editar datos resumen | Editar datos completos

### Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	Andrea Verónica Ojeda Reyes
Nombre abreviado	Andrea Verónica Ojeda Reyes
Fecha de creación	31/08/2019 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	NIT
Número de documento	1010196382
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Nariño
Municipio	Pasto

### Información de contacto

Dirección	cra 46 #22a 58		
Código postal			
Teléfono de oficina	3042014319		
Fax de oficina			
Correo electrónico de la oficina	veronicaoreyes@gmail.com		
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	veronicaoreyes@gmail.com		
Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

### Página web

- Página web
- Facebook
- URL linkedIn
- URL de youtube
- Twitter URL

### Contacto principal

Título	Prof
Nombre	Andrea Verónica Ojeda Reyes
Cargo	EPECIALISTA EN MEDICINA MATERNO FETAL

Ibagué,

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

**Referencia: Propuesta Prestación de Servicios**

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

*La presente propuesta se realiza con el objeto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E.*

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

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

Manifiesto bajo la gravedad del juramento lo siguiente:

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

4. Que la información dada en los documentos y anexos incluidos en esta propuesta me comprometen y garantizan la veracidad de las informaciones y datos de la propuesta.
5. Que el régimen tributario al cual pertenezco es régimen Ordinar.
6. Que esta propuesta compromete al firmante de esta carta.
7. Que ninguna entidad o persona distinta del firmante tiene interés comercial en esta propuesta, ni en el contrato probable que de ella se derive.
8. Que me comprometo a ejecutar el contrato por el término establecido a partir del cumplimiento del último de los requisitos de ejecución.
9. Que el valor total de la propuesta es la suma de **DOSCIENTOS CUARENTAMILLONES DE PESOS MCTE (\$ 240.000.000) Plazo 6 meses.**
10. Que no estoy reportados en el Boletín de Responsables Fiscales, expedido por la Contraloría General de la República.

Además, manifiesto:

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

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

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

Cordialmente,



**ANDREA VERONICA OJEDA REYES**  
CC 1010196382



Ibagué,

Señora  
**ANDREA VERONICA OJEDA REYES**  
Ciudad

Respetada Señora,

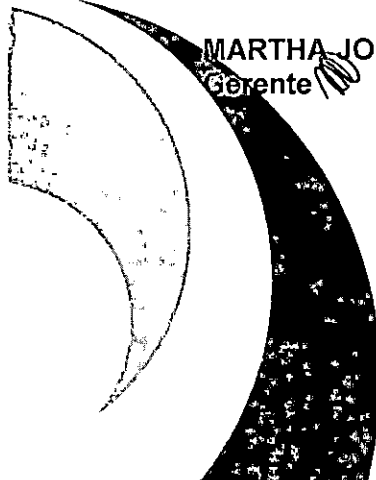
En mi calidad de Gerente del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. me permito informarle que se recibió la propuesta para la contratación con el fin de desarrollar el siguiente objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS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

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

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

Cordialmente,

**MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE**  
Gerente





Libertad y Orden

### FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Ojeda		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Reyes		NOMBRES Andrea Veronica	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1010196382			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 23 MES 09 AÑO 1990			CARRERA 46 22A 58 APTO 201		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA	DEPTO BOGOTÁ. D.C.	
DEPTO NARIÑO			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO PASTO			TELÉFONO	EMAIL veronicaoreyes@gmail.com	

### FORMACIÓN ACADÉMICA

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

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA)      TL (TECNOLÓGICA)      TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)      UN (UNIVERSITARIA)  
ES (ESPECIALIZACIÓN)      MG (MAESTRÍA O MAGISTER)      DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	6	X		ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	04	2019	1010196382
POSTGRADO	6	X		ESPECIALIZACION EN MEDICINA MATERNO-FETAL	08	2024	1010196382
PREGRADO	12	X		MEDICINA Y CIRUGIA	11	2014	1010196382

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

**EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)      TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4

### IDIOMAS

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

### Persona Natural

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

ESPECIFIQUE 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 ANTERIOR														
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA SAS				<b>PÚBLICA</b>		<b>PRIVADA</b> X		<b>PAÍS</b> COLOMBIA						
<b>DEPARTAMENTO</b> BOGOTÁ. D.C.			<b>MUNICIPIO</b> BOGOTÁ. D.C.					<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>						
<b>TELÉFONOS</b> 6017430150			<b>FECHA DE INGRESO</b>						<b>FECHA DE RETIRO</b>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2025
<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> ESPECIALISTA MEDICINA MATERNO			<b>DEPENDENCIA</b> UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL					<b>DIRECCIÓN</b> CARRERA 45A 94 16 TORRE B PISO 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E				<b>PÚBLICA</b>		<b>PRIVADA</b> X		<b>PAÍS</b> COLOMBIA						
<b>DEPARTAMENTO</b> BOGOTÁ. D.C.			<b>MUNICIPIO</b> BOGOTÁ. D.C.					<b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>						
<b>TELÉFONOS</b> 6017693131			<b>FECHA DE INGRESO</b>						<b>FECHA DE RETIRO</b>					
			<i>Día</i>	07	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2019	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2022
<b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b> ESP GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			<b>DEPENDENCIA</b> AREA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA					<b>DIRECCIÓN</b> CARRERA 18B 60G 36 SUR						

**6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

19

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
 Persona Natural  
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**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	5	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 26/05/25

Andrés Ochoa Reyes

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

**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 \_\_\_\_\_

# LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TÍTULO DE

*Médica Cirujana*

A

*Andrea Verónica Ojeda Reyes*

*C.C. 1.010.196.382 de Bogotá D.C.*

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.  
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

## DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 16 días del mes de diciembre de 2014

  
DECANATURA DE FACULTAD

  
RECTORÍA

  
SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 2787, Folio 86 del Libro de Diplomas No. 4  
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina

0143962



21

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ  
FACULTAD DE

*Medicina*

ACTA DE GRADO NÚMERO 2681

*El consejo de Facultad en su sesión del día 20 de noviembre de 2014 - Acta No. 40*

CONSIDERANDO QUE

*Andrea Verónica Ojeda Reyes*

*C.C. 1.010.196.382 de Bogotá D.C.*

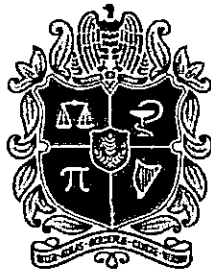
*Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de*

*Médica Cirujana*

*En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 143962- consignado en el Registro No. 2787, Folio 86 del Libro No. 4 En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 20 días del mes de noviembre de 2014*

  
PRESIDENCIA  
Consejo de Facultad

  
SECRETARÍA  
Consejo de Facultad



# La Universidad Nacional de Colombia

Teniendo en cuenta que

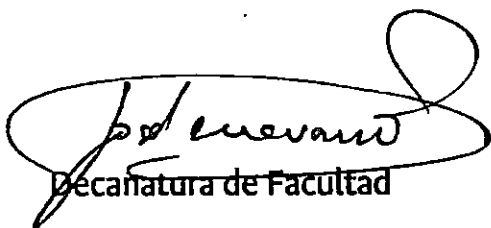
**Andrea Verónica Ojeda Reyes**

C.C. 1.010.196.382 de Bogotá, D.C.

cumplió satisfactoriamente todos los requisitos académicos reglamentarios del Plan de Estudios de Posgrado, le confiere el Título de

## Especialista en Obstetricia y Ginecología

En la ciudad de Bogotá D.C., a los 23 días del mes de abril de 2019

  
Decanatura de Facultad

  
Rectoría

  
Secretaría General



23

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

**Medicina**

ACTA DE GRADO NÚMERO 2887

El Consejo de Facultad en su sesión del día 7 de marzo de 2019 - Acta No. 08

CONSIDERANDO QUE

**Andrea Verónica Ojeda Reyes**

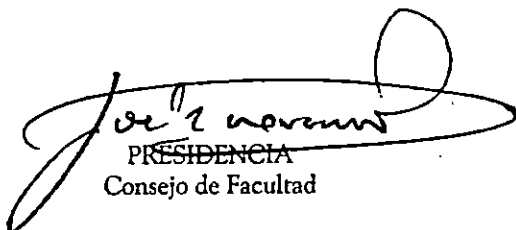
C.C. 1.010.196.382 de Bogotá, D.C.

*Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de*

**Especialista en Obstetricia y Ginecología**

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 55755 consignado en el Registro No. 2917, Folio 95 del Libro 4

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 7 días del mes de marzo de 2019

  
PRESIDENCIA  
Consejo de Facultad

  
SECRETARÍA  
Consejo de Facultad



EN ATENCIÓN A QUE

**ANDREA VERONICA OJEDA REYES**

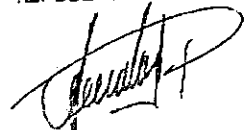
CEDULA DE CIUDADANÍA No. 1.010.196.382 EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C.

CUMPLIO CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,  
LE CONFIERE EL TÍTULO DE


**ESPECIALISTA EN MEDICINA MATERNO-FETAL**

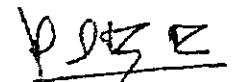
DADO EN BOGOTÁ D.C. REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 28 DE AGOSTO DE 2024

  
RECTORA

  
DIRECTOR DE POSTGRADOS

  
DIRECTOR DEL PROGRAMA

  
SECRETARIA GENERAL

  
PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

26



EL ÁREA DE TALENTO HUMANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA S.A.S.  
Nit. 830.507.291-5

CERTIFICA:

Que la Doctora OJEDA REYES ANDREA VERONICA, identificada con CC: 1.010.196.382 de Bogotá se desempeña como Médico Especialista en Medicina Materno Fetal, desde el 02 de octubre del año 2023 con un contrato a término fijo y salario integral proporcional promedio de doce millones quinientos mil pesos m/cte. (\$12.500.000).

Obstetricia & Ginecología

La presente certificación se expide a los 16 días del mes de diciembre de 2024.

LINA MARÍA TUTISTAR SALAS

LINA MARÍA TUTISTAR SALAS  
Líder de Talento Humano  
Obstetricia y Ginecología S.A.S.



Gestión del  
Talento Humano

Obstetricia & Ginecología S.A.S. Av. Cra. 45 No 94-23 Torre B Piso 7. PBX 7430150 Ext 114  
E-mail: lina.tutistar@oyg.com.co



ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 28 de agosto del año 2024, según consta en el Acta No. 1297 y Acuerdo No. 18104 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

**ANDREA VERONICA OJEDA REYES.**  
**C.C. No. 1.010.196.382 DE BOGOTA D.C**


quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA MATERNO-FETAL**

En ceremonia solemne del día veintiseis (26) de septiembre del año 2024, se le hará entrega del diploma No. 37843, el cual aparece registrado con el No. 37806, al folio 2331 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2024.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de acta de grado, en Bogotá, D.C, a los diecisiete (17) días del mes de septiembre del año dos mil veinticuatro (2024).

  
**MARIA CLARA RANGEL GALVIS**  
RECTORA

  
**CRISTINA MATIZ MEJIA**  
SECRETARIA GENERAL

27

**LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD DE LA  
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**

**CERTIFICA**

Que **ANDREA VERONICA OJEDA REYES** identificado (a) con cédula de ciudadanía 1.010.196.382 de Bogotá, cumplió con el Servicio Social Obligatorio como Médico, por el tiempo de doce (12) meses comprendido desde el 01 de Marzo de 2015 hasta el 29 de Febrero de 2016 en la ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA CENTRO DE SALUD DE AGUA DE DIOS código 2500100027021-1 (93-M) de conformidad con la certificación de Febrero catorce (14) de 2019, expedida por el Gerente de la ESE

Se expide el presente certificado conforme a las normas vigentes, a los veinte (20) días de Febrero de 2019, en Bogotá D.C

Cordial saludo,

  
**DORIS E. RODRIGUEZ PEREZ**  
Dirección Desarrollo de Servicios  
Secretaría de Salud de Cundinamarca

Proyectó: Adriana B Mayorga S



SERSA UD



CUNDINAMARCA  
unidos podemos más



SEGUROS DEL ESTADO  
N.T. 850.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

Ciudad de Expedición <b>MEDELLIN</b>	SUCURSAL <b>MEDELLIN</b>	Tipo de Movimiento <b>ANEXO DE RENOVACION</b>	Póliza No. <b>65-03-101056014</b>	Anexo No. <b>2</b>
TOMADOR <b>COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA</b>		NIT <b>890.905.574-1</b>		
DIRECCION <b>CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15</b>		CIUDAD <b>MEDELLIN, ANTIOQUIA</b>		
ASEGURADO <b>ANDREA VERONICA OJEDA REYES</b>		CC <b>1.010.196.382</b>		
DIRECCION <b>CARRERA 46 NO. 22 A 58 APTO. 201 VILLA ANGELA QUINTA PAREDES</b>		CIUDAD <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL</b>		
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>		NIT <b>0-0</b>		
FECHA DE EXPEDICION (D-M-A) <b>07 / 06 / 2024</b>	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) <b>30 / 06 / 2024</b>	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) <b>30 / 06 / 2025</b>	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) <b>30 / 06 / 2024</b>	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) <b>30 / 06 / 2025</b>
INTERMEDIARIO <b>SANIN ALIANZA LTDA</b>	CLAVE <b>133456</b>	% PARTICIPACION <b>100.00</b>	COMPANIA	CCASEGURO CEDIDO
				% PARTICIPACION

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: GINECOBSTERICIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 1,000,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 1,000,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			\$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES: \* 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2,000,000.00 \$ en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD \* 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****859,675.00
PLAN DE PAGO: MENSUAL 12 M		IVA:	\$ *****163,338.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****1,023,013.00

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1098 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006, TELÉFONO 3695050 - MEDELLIN

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 28.07.2022.1329.P.06.00000000ERC.001A, D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



REFERENCIA PAGO:  
**1101261908418-1**

(415) 7709998021167 (8020) 11012619084181 (3900) 000001023013 (96) 20240814

*[Signature]*  
65-03-101056014

ERMA AUTORIZADA

*[Signature]*  
ANDREA OJEDA REYES

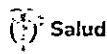
TCM/AGP

CLIENTE

DARIO VARGAS

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186577, 601-6019330

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL



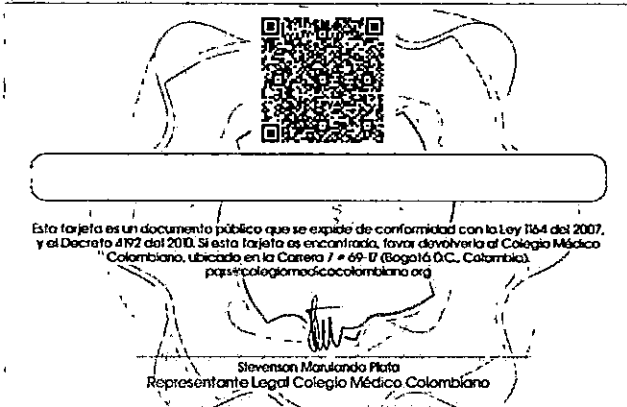
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD  
 ANDREA VERÓNICA OJEDA REYES  
 CC. 1010196382

MÉDICO   
 Universidad Nacional De Colombia  
 Bogotá, D.C.

GRADO: 16/12/2014  
 ReTHUS: 11/03/2019  
 ESPECIALISTA EN MEDICINA  
 MATERNO-FETAL



## QR DIGITAL

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicado en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia), [psicologiomedicocolombiano.org](http://psicologiomedicocolombiano.org)

Stevenson Manuanda Plata  
 Representante Legal Colegio Médico Colombiano





# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

*Andrea Veronica Ojeda Reyes*

CC: 1010196382

En el Curso de: **ACLS - SOPORTE VITAL AVANZADO**  
Para: **Especialista en Medicina Fetal**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico. Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación Institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado el 14 del mes de diciembre del 2024 con una intensidad de 48 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición:

**VIGILADO MINEDUCACIÓN**

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a [gerencia@quironcolombia.com](mailto:gerencia@quironcolombia.com)

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337

[www.quironcolombia.com](http://www.quironcolombia.com)

Directora Académica.

**JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA**

Representante Legal

**VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO**



30



# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

*Andrea Veronica Ojeda Reyes*

CC: 1010196382

En el Curso de: **CUIDADO DEL DONANTE Y GESTION DE LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS**

Para: **Especialista en Medicina Fetal**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico. Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722,315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019, Resolución 0156 del 2021

Realizado el 14 del mes de diciembre del 2024 con una intensidad de 48 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a [gerencia@quironcolombia.com](mailto:gerencia@quironcolombia.com)

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337

[www.quironcolombia.com](http://www.quironcolombia.com)

Directora Académica.

**JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA**

Representante Legal

**VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO**



cu



# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

*Andrea Veronica Ojeda Reyes*

CC: 1010196382

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO  
CON ENFOQUE PSICOSOCIAL**  
Para: **Especialista en Medicina Fetal**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico. Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Decreto 1710 de 2020 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el 29 del mes de enero del 2025 con una intensidad de 80 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Directora Académica.

**JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA**

Representante Legal

**VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO**

**VIGILADO MINEDUCACIÓN**

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a [gerencia@quironcolombia.com](mailto:gerencia@quironcolombia.com)

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla - Tel: 339 84 88 - Cel: 322 721 1337

[www.quironcolombia.com](http://www.quironcolombia.com)



52



# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

*Andrea Veronica Ojeda Reyes*

CC: 1010196382

En el Curso de: **GESTIÓN DE DUELO**  
Para: **Especialista en Medicina Fetal**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico. Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315. Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado el 29 del mes de enero del 2025 con una intensidad de 60 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

**VIGILADO MINEDUCACIÓN**

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a [gerencia@quironcolombia.com](mailto:gerencia@quironcolombia.com)

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla - Tel: 339 84 88 - Cel: 322 721 1337

[www.quironcolombia.com](http://www.quironcolombia.com)

Directora Académica.

**JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA**

Representante Legal

**VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO**



23

# CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Resolución No. 004499 del 18 de Julio 2019 expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca  
Acuerdo ejecutivo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de la Protección Social

*Certifica que:*

**OJEDA REYES ANDREA-VERONICA**

*Identificado(a) con D.I. No. 1.010.196.382*


*Asistió al curso de:*

## MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

*Dado en Bogotá D.C el día 27 de Enero del 2025, con una duración de 60 horas*

  
Dra.: *Miriam Johana Peraza Castillo*  
Directora General  
R.M. 118653



  
Ing.: *Ledy Andrea Cañon*  
Coordinadora Académica  
Cnd.: 25228-352692

*Válido por 2 años, a partir de la fecha de expedición*

3A



# CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Resolución No. 004499 del 18 de Julio 2019 expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca  
Acuerdo ejecutivo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de la Protección Social

*Certifica que:*

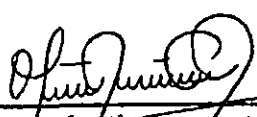
## OJEDA REYES ANDREA VERONICA

*Identificado(a) con D.I. No. 1.010.196.382*

*Asistió al curso de:*

## ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

*Dado en Bogotá D.C el día 28 de Enero del 2025, con una duración de 40 horas*

  
Dra.: Yaneth Fabiana Peraza Castillo  
Directora General  
R.M. 118653



Dr. Victor Manuel Peraza Castillo  
Abogado Instructor  
T.P. 18553 del C.S.J  
Dr. Victor Manuel Peraza Castillo  
Abogado Instructor  
T.P. 18553 del C.S.J

  
CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO  
Coordinación General  
Ing.: Leidy Andrea Cañon  
Coordinadora Académica  
Cnd.: 25228-352692



*Valido por 2 años, a partir de la fecha de expedición*

# CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Resolución No. 004499 del 18 de Julio 2019 expedida por la Secretaria de Educación de Cundinamarca  
Acuerdo ejecutivo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de la Protección Social

*Certifica que:*

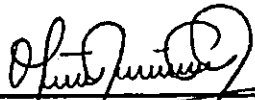
*OJEDA REYES ANDREA-VERONICA*

*Identificado(a) con D.I. No. 1.010.196.382*

*Asistió al curso de:*

## HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*Dado en Bogotá D.C el día 29 de Enero del 2025, con una duración de 50 horas*

  
Dra.: Myriam Juliana Peraza Castillo  
- Directora General -  
R.M. 118653



  
CORPORACIÓN TÉCNICA  
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO  
Coordinación  
General  
Ing.: Leidy Andrea Cañon  
- Coordinadora Académica -  
Cnd.: 25228-352692

*Valido por 2 años, a partir de la fecha de expedición*



# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

37

C101019638200245247

Código de verificación

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL  
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA  
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ANDREA VERÓNICA OJEDA REYES**, identificado(a) con C.C. No. 1010196382 y T.P. o R.M. No. 1010196382 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/)

**“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”**

Dada en Bogotá, D. C., el jueves 15 mayo 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

  
  
**HERMAN REDONDO GOMEZ**  
Presidente

Calló 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E- Mail [antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org](mailto:antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org), [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org)

[antecedentestribunal@outlook.com](mailto:antecedentestribunal@outlook.com)

38

Menu

Iniciar Sesión Registrarse

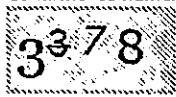
ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación \* Número de Identificación \* Primer Nombre  
 Cedula de Ciudadanía 1010196382 ANDREA

Primer Apellido Confirme los números de la Imagen \*

OJEDA



Cambiar

6867

Limpia

Resultado General -2025-05-15--11:48:44 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1010196382	ANDREA	VERONICA	OJEDA	REYES	Vigente	<a href="#">Ver</a>

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANDREA VERONICA OJEDA REYES identificado(a) con CC 1010196382 registra La siguiente información:

2025-05-15--11:48:44 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN MEDICINA MATERNO-FETAL	2024-08-28	152261	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	2019-04-23	49473	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2019-03-11	46153	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA CUNDINAMARCA AGUA DE DIOS	2015-03-01	2016-02-29	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.196.382**

**OJEDA REYES**

APELLIDOS

**ANDREA VERONICA**

NOMBRES

*Andrea Ojeda Reyes*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1990**

**PASTO**  
(NARIÑO)  
LUGAR DE NACIMIENTO

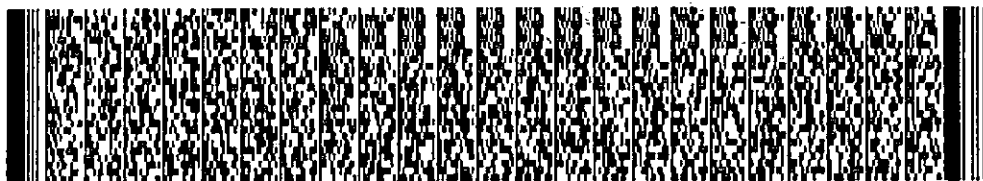
**1.65**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**19-FEB-2009 BOGOTA D.C**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2300100-00219602-F-1010196382-20100303

0021380244A 1

5020299346



Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141158577985



5. Número de identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 0 1 9 6 3 8 2 7 6. DV 7 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 14. Buzón electrónico 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión líquida 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 26. Número de identificación 1 3 1 0 1 0 1 9 6 3 8 2

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

31. Primer apellido OJEDA 32. Segundo apellido REYES 33. Primer nombre ANDREA 34. Otros nombres VERONICA

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal CR 46 22 A 58 AP 201

42. Correo electrónico veronicaoreyes@gmail.com

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

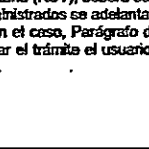
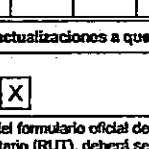
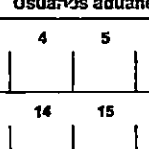
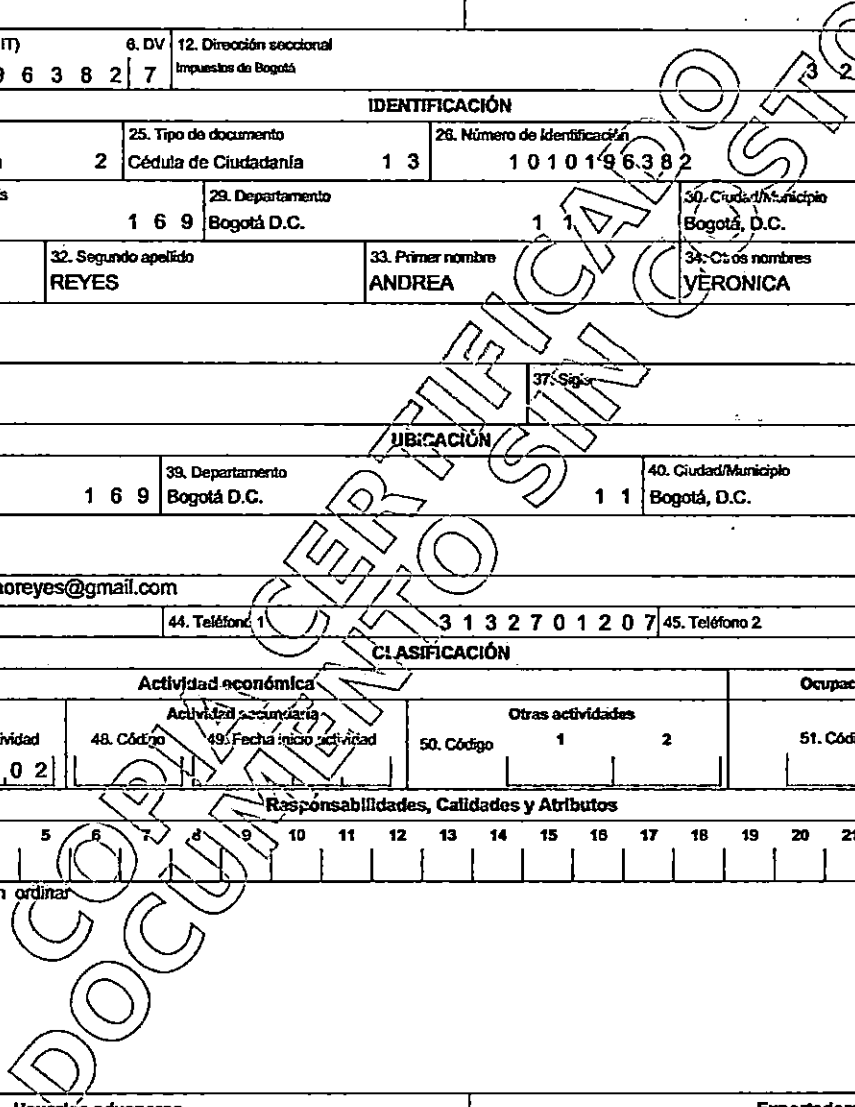
CLASIFICACIÓN

Actividad económica: 46. Código 8 6 2 1, 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 5, 48. Código, 49. Fecha inicio actividad, 50. Código 1 2, 51. Código, 52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario, 49 - No responsable de IVA, 52 - Facturador electrónico



Usuarios aduaneros: 54. Código 1-20

Exportadores: 55. Forma, 56. Tipo, Servicio 1-3, 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 Fotos: 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 OJEDA REYES ANDREA VERONICA 985. Cargo CONTRIBUYENTE



CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

41

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 jueves 15 de mayo de 2025, a las 11:51:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010196382
Código de Verificación	1010196382250515115154

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





**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 271564025**



42  
PIB  
11:52:57  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 de mayo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANDREA VERONICA OJEDA REYES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010196382:

**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 Relacionamento con el Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

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

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:53:44 AM horas del 15/05/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1010196382

Apellidos y Nombres: OJEDA REYES ANDREA VERONICA

#### **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 Modelo,  
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: 01 8000 910 112  
E-mail: [dijn.arac-oto@policia.gov.co](mailto:dijn.arac-oto@policia.gov.co)



Presidencia de la  
República



Ministerio de Defensa  
Nacional



Portal Único de  
Contratación

GOV.CO GOV.CO

Todos los derechos reservados.



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, 15/05/2025 12:54:45 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1010196382** y Nombre: **ANDREA VERONICA OJEDA REYES.**

**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. **115971926** . 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.

515 9000



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 Nº 25 - 21  
Centro Administrativo Nacional (CAN), Bogotá D.C.  
Línea de atención: 015000-910112



 GOV.CO

AS

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

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo ANDREA VERONICA OJEDA REYES identificado (a) con C.C 1.010.196.382 expedida en BOGOTA, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad.

Atentamente;

*Andrea Ojeda Reyes*

---

C.C 1.010.196.382 DE BOGOTA

FECHA EXPEDICION C.C: 19-02-2009

**CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS**

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:59:52 horas del 15/05/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1010196382**, Apellidos y Nombres **OJEDA REYES ANDREA VERONICA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA**, con NIT **890706833-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la **Ley 1918 del 12/07/2018** "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario **753 del 30/04/2019** "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes **1581 del 17/10/2012**, **1712 del 06/03/2014** y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

### CERTIFICA

Que **ANDREA VERONICA OJEDA REYES** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1010196382** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1010196382
NOMBRES Y APELLIDOS	ANDREA VERONICA OJEDA REYES
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/03/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	244
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 15/04/2025

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

**EPS SURAMERICANA S.A**

**Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,**

**Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941**

**Línea Nacional: 01 8000 519 519**

**[epssura.com](http://epssura.com)**

**COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **ANDREA VERONICA OJEDA REYES** identificado(a) con C.C No. 1.010.196.382, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 15 de marzo del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García  
Gerente Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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; **ANDREA VERONICA OJEDA REYES** identificado con CC No. **1010196382**, registra la siguiente información.

**Datos del Contratante**

E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA - NI.  
890706833

**Datos de la Relación Laboral**

Fecha de inicio de cobertura: 08/02/2025  
Estado Afiliación: INACTIVO  
Fecha de inicio de Contrato: 08/02/2025  
Fecha fin de Contrato: 08/05/2025  
Fecha de Retiro: 08/05/2025  
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE  
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](http://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): 202501015185014.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,


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

Positiva Compañía de Seguros S.A:  
NIT. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giroldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8154 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

5

	<b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA TALENTO HUMANO</b>	<b>Código: GA-FR-153</b>
		<b>Versión: 2</b>
	<b>FORMATO ACEPTACIÓN DE NOTIFICACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS</b>	<b>Vigente desde: 28/02/2024</b>
		<b>Página: 1 de 1</b>

Yo ANDREA VERONICA OJEDA REYES, identificado (a) con cédula de ciudadanía N°1.010.196.382 de BOGOTA considerando el artículo 53 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Ley 1437 de 2011, donde se establece que los procedimientos y trámites administrativos podrán realizarse a través de medios electrónicos, de manera atenta solicito que las notificaciones que el Hospital deba hacerme, se realicen a través del siguientes correo electrónico veronicaoreyes@gmail.com adjuntando el respectivo documento.

Atentamente.



Nombre ANDREA VERONICA OJEDA REYES  
N° de cedula. 1.010.196.382 DE BOGOTA



DAVIVIENDA

52

Banco Davivienda S.A.

## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**29/01/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **ANDREA VERONICA OJEDA REYES** con Cédula de Ciudadanía número **1010196382**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **0550488404999952**  
Fecha de apertura **30/04/2019**

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**

53



MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL

### Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Andrea Verónica**

Apellidos: **Ojedo Reyes**

Documento de identidad: C.C.  C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: **1010196382**

Fecha de nacimiento: Día **23** Mes **09** Año **1990**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B.	1	23/05/25	246 HBVOH	
	2	24 JUNIO		
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote
VPH	1		
	2		
Influenza estacional	Anual		
	Anual		
Covid 19	1º		
	2º		
	Ter Ref.		
	2do Ref.		
Otras			

PROMOVER  
SEAL DE VACUNACIÓN  
1571 : B22



Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del camé: jueves, 10 de junio de 2021 01:45 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1010196382
Nombres y Apellidos	ANDREA VERONICA OJEDA REYES		
Fecha de nacimiento:	23/09/1990		



Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	26/02/2021	Pfizer	EN1195	HOSPITAL EL TUNAL
	Segunda dosis	18/03/2021	Pfizer	EN1195	HOSPITAL EL TUNAL
JPT	Única	27/09/2014	Adacell	C4579AG	CLINICA DE LA MUJER S.A
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Fiebre amarilla	Única				
	Primera dosis				
Fiebre tifoidea	Refuerzo				
	Primera dosis				
Hepatitis A	Segunda dosis				
	Primera dosis				
epatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				



Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1010196382
Nombres y Apellidos	ANDREA VERONICA OJEDA REYES		
Fecha de nacimiento:	23/09/1990		



Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
	Adicional				
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis	02/05/2019	Inmovax	R3E157V	CRUZ ROJA COLOMBIANA SEDE AV 68
	Segunda dosis	04/01/2020	Inmovax	R3C571V	CRUZ ROJA COLOMBIANA SEDE AV 68
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nonavalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis	03/09/2016	Gardasil	L040321	CLINICA DE LA MUJER S.A
	Segunda dosis	26/11/2016	Gardasil	M015586	CLINICA DE LA MUJER S.A



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL


Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Andra Veronica**  
 Apellidos: **Ojeda Reyes**  
 Documento de identidad: C.C.  C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.  
 Número de documento: **1010196382**  
 Fecha de nacimiento: Día **23** Mes **09** Año **1990**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión-Escarlatina	1			
Fiebre tifoidea	3	17/09/2025	27-188 Joul	
Tétanos Difteria To	3			
	4			
	5			
Coap acellular	1			
	2			
	3			
Hepatitis B	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VFH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
	1*			
Covid 19	2*			
	1er Ref.			
	2do Ref			
Otras				

57

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

Fecha: 28/01/2025

**IDENTIFICACIÓN**

Nombre Completo: ANDREA VERONICA OJEDA REYES

Documento de Identidad: 10101963823 de: BOGOTÁ

Fecha Nacimiento: 23/09/1990 Edad: 34 Sexo: FEMENINO

Celular: 3132701207

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

*Andrea Ojeda Reyes*

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

**CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**

📍 **SEDE:** CENDIATRA OCCIDENTE 1      📍 **DIRECCIÓN:** Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial      📍 **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ  
📞 **TELÉFONO:** 6014470068      ✉️ **EMAIL:** citas.occidente1@cendiatra.com      📅 **FECHA EXAMEN:** 2024-12-16

**Nombres y apellidos:** ANDREA VERONICA OJEDA REYES      **CC:** 1010196382  
**Fecha de nacimiento:** 23/09/1990      **Edad:** 34 **Sexo:** FEMENINO  
**Empresa:** PARTICULAR      **Fecha ingreso:** 2024-12-16 / 10:26:31  
**Empresa usuaria:**      **Fecha salida:** 2024-12-16 / 10:35:09  
**Cargo:** MEDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA METERNOFETAL



**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**  
CONDICIÓN VISUAL:

**RECOMENDACIONES:** ANUAL, USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE  
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la Información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

  
KAREN ALEXANDRA CUELLO  
ALVAREZ  
MEDICO ESPECIALISTA  
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
RESOLUCIÓN MESA DE 31/01/2023

KAREN CUELLO  
RM: 56077671  
Firma y sello del médico



ANDREA VERONICA OJEDA  
REYES  
CC: 1010196382  
Firma del paciente

**Sedes Bogotá**

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83  
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -  
Zona Franca Fontibón

**Sedes Nacionales**

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali  
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena -  
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -  
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -  
Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

① SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

② DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

③ CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

④ TELÉFONO: 6014470068

⑤ EMAIL: citas.occidentel@cendiatra.com

⑥ FECHA EXAMEN: 2024-12-16

**Nombres y apellidos:** ANDREA VERONICA OJEDA REYES  
**Fecha de nacimiento:** 23/09/1990  
**Empresa:** PARTICULAR  
**Empresa usuaria:**  
**Cargo:** MEDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA  
METERNOFETAL

**CC:** 1010196382  
**Edad:** 34 **Sexo:** FEMENINO  
**Fecha Ingreso:** 2024-12-16 / 10:26:31  
**Fecha salida:** 2024-12-16 / 10:35:09



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.  
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL, USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE

*Karen A. Cuello*  
KAREN ALEXANDRA CUELLO  
ALVAREZ  
MEDICO ESPECIALISTA  
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
RESOLUCIÓN 1023 DE 24/09/2023

KAREN CUELLO  
RM: 56077671  
Firma y sello del médico

*Andrea Verónica Ojeda Reyes*

ANDREA VERONICA OJEDA  
REYES  
CC: 1010196382  
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83  
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -  
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali  
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -  
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -  
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -  
Villavicencio

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDREA	VERONICA	OJEDA	REYES

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

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

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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:

Project Name: [Redacted]

Project Description

The project aims to develop a new software application for [Redacted]. The application will be used by [Redacted] to manage [Redacted]. The project is expected to be completed by [Redacted].

The project is divided into several phases: [Redacted]. The first phase is [Redacted]. The second phase is [Redacted]. The third phase is [Redacted].

Phase 1: [Redacted]	Phase 2: [Redacted]	Phase 3: [Redacted]	Phase 4: [Redacted]	Phase 5: [Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Project Manager: [Redacted]  
Project Sponsor: [Redacted]  
Project Steering Committee: [Redacted]



61

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$150.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
<b>TOTAL</b>	<b>\$150.000.000,00</b>

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	\$2.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE APARTAMENTO	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	\$100.036.000,00
INMUEBLE CASA	COLOMBIA	NARIÑO	PASTO	\$91.636.500,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

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

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento     Número

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

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

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí  No

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

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

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

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


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:

--

Información Personal  
6

 <p>Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS</p>	<b>GESTION ADMINISTRATIVA</b>	CÓDIGO: GA-FR-099
	<b>FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL</b>	VERSIÓN: 3
		VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGINA 1 DE 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	ANO	CIUDAD:
---------------------------	-----	-----	-----	---------

**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 <u>Olivera</u>	SEGUNDO APELLIDO <u>Rojas</u>	NOMBRES <u>Andrea Veronica</u>
-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

TIPO DE IDENTIFICACION (CC: cedula de ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjería, RC: Registro Civil)	SEXO
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> No. <u>1010196382</u>	<u>Y</u>

FECHA DE EXPEDICION	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	
<u>19 02 2009</u>	<u>Bogota</u>	<u>23 09 1990</u>	<u>Paloquemado</u>

NACIONALIDAD 1 <u>Colombiana</u>	NACIONALIDAD 2	OCCUPACION / OFICIO <u>Medica</u>	PROFESION <u>Meduna Materno Retal</u>
-------------------------------------	----------------	--------------------------------------	--

DIRECCION RESIDENCIA <u>Cra 46 22 A - 58</u>	DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	CIUDAD <u>Bogota</u>
---	-------------------------------------	-------------------------

CORREO ELECTRONICO <u>VeronicaRojas@gmail.com</u>	TELEFONO FIJO	CELULAR <u>3132701207</u>
--	---------------	------------------------------

POR SU CARGO O ACTIVIDAD	EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿Cuál?

**2. INFORMACION FINANCIERA**

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál?
EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> ENVÍO Y/O RECEPCION DE GIROS <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> OTRA? <input type="checkbox"/>	

**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 INFORMACION**

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 prestación 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 me han informado los derechos que se tienen como titular de la información de acuerdo con la Ley y su manual de políticas que se encuentra disponibles en la pagina [www.hflleras.gov.co](http://www.hflleras.gov.co) igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

copio SALLAF  
16/05/2025  
04:38 pm

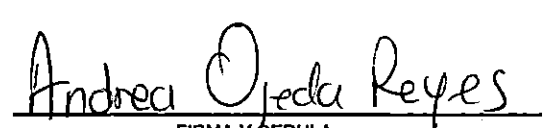
[The following text is extremely faint and largely illegible due to the quality of the scan. It appears to be a multi-paragraph document with several sections, possibly containing a list or table of contents. The text is mostly obscured by noise and low contrast.]

	<b>GESTION ADMINISTRATIVA</b>	CÓDIGO: GA-FR-099
	<b>FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL</b>	VERSIÓN: 3
		VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGINA 2 DE 2

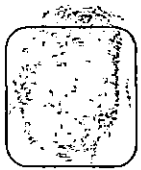
- 5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**
- Copia del documento de identidad
  - Copia de la declaración juramentada de bienes y rentas del último año

**6. FIRMA Y HUELLA**

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



FIRMA Y CEDULA



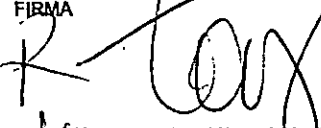
HUELLA

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

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA
	SA	OS	2025	4:20 PM

<u>LISTAS CONSULTADAS</u>	<u>REPORTA RESTRICCIÓN</u>
1. OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL (OFAC) Oficina de control de activos	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
3. LISTA LINEA INTERPOL	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
4. OTRAS OBSERVACIÓN:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

*No reporta restricciones en las listas consultadas del SARCAFI - DADA*

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

*Revisado por: Sebastian Vasquez*



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

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

**CERTIFICA**

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


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

Dado en Ibagué, el veintiuno (21) de mayo de 2025.

*Victoria Eugenia Avilez Aroca*  
**VICTORIA EUGENIA AVILEZ AROCA**

**Profesional Especializado de Gestión del Talento Humano**

Proyecto: Alejandra Martínez

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

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

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

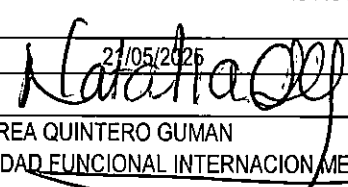
**CERTIFICA QUE**

Con el fin de contar con una persona jurídica o natural que preste el servicio de medicina interna, por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa, se procede a realizar el análisis de la experiencia e idoneidad para la celebración del presente contrato o convenio con ANDREA VERONICA OJEDA REYES identificado con el C.C. 1010196382.


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, ANDREA VERONICA OJEDA REYES se encuentra apto para desarrollar la prestación de servicios PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E. por sus condiciones de idoneidad y experiencia.

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

<b>NOMBRE PERSONA A CONTRATAR</b>	ANDREA VERONICA OJEDA REYES		
<b>TITULO PROFESIONAL</b>	MEDICO		
<b>FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS</b>	20/11/2014	<b>No. TARJETA PROFESIONAL</b>	46153
		<b>FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL</b>	11/03/2019
<b>POSTGRADO</b>	ESPECIALIDAD - MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 13/04/2019		
	SUB-ESPECIALIDAD - MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA MATERNO-FETAL 28/08/2024		
<b>PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD</b>	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA MATERNO-FETAL		
<b>EXPERIENCIA ACREDITADA</b>			
<b>EMPRESA O ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE INICIO</b>	<b>FECHA FINAL</b>	<b>TIEMPO LABORADO O EJECUTADO</b>
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA SAS	2/10/2023	16/12/2024	13 MESES Y 15 DIAS

TIEMPO TOTAL CERTIFICADO		13 MESES Y 15 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, disciplinarios, penales y RNMC (persona natural o representante legal persona jurídica)		X	
Camara de comercio (aplica para persona jurídica)- Actividad economica acorde al objeto a contratar			X
Que el personal contratado por la persona jurídica no se envuentra vinculado al hospital mediante 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 ANDREA VERONICA OJEDA REYES cumple los requisitos técnicos y específicos esenciales requeridos en los Estudios Previos y resulta conveniente para el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E suscribir un contrato de prestación de Servicios Profesionales para PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E.			
FECHA DE VALIDACION HOJA DE VIDA		21/05/2025	
Dado en Ibagué a los 21 días de mayo de 2025,			
 NOMBRE NATALIA ANDREA QUINTERO GUMAN CARGO PROFESIONAL ESPECIALIZADO-UNIDAD FUNCIONAL INTERNACION MEDICA			

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

 <b>Federico Lleras Acosta</b> EL HOSPITAL DE TODOS	<b>GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION</b>	<b>CÓDIGO: GA-FR-138</b>
	<b>FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION</b>	<b>Versión: 2</b>
		<b>Vigente desde: 03/07/2024</b>
		<b>Página: 1 de 2</b>

**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.



1. El presente documento tiene por objeto informar a los señores  
 señores [Nombres] sobre el resultado de la licitación  
 para la adquisición de [Descripción de los bienes o servicios].

En virtud de lo establecido en el artículo 175 del Reglamento  
 de la Ley General de Bases de la Función Pública, se declara  
 ganador de la licitación el señor [Nombre del ganador], por haber  
 presentado la oferta más económica y que cumple con los  
 requisitos establecidos en el pliego de condiciones.

El presente documento constituye el acta de adjudicación y  
 tiene carácter de definitivo. El señor [Nombre del ganador]  
 deberá cumplir con las condiciones establecidas en el pliego  
 de condiciones y en el presente documento.


El señor [Nombre del ganador] deberá presentar el depósito  
 de garantía en el plazo de [Tiempo] días hábiles siguientes  
 a la fecha de la presente adjudicación. De no presentarse  
 el depósito, se entenderá que el señor [Nombre del ganador]  
 no acepta la adjudicación.

El señor [Nombre del ganador] deberá firmar el presente  
 documento y el contrato de compraventa en el plazo de [Tiempo]  
 días hábiles siguientes a la fecha de la presente adjudicación.  
 De no firmarse el contrato, se entenderá que el señor [Nombre del ganador]  
 no acepta la adjudicación.

El señor [Nombre del ganador] deberá cumplir con las  
 condiciones establecidas en el pliego de condiciones y en  
 el presente documento.

El señor [Nombre del ganador] deberá presentar el depósito  
 de garantía en el plazo de [Tiempo] días hábiles siguientes  
 a la fecha de la presente adjudicación. De no presentarse  
 el depósito, se entenderá que el señor [Nombre del ganador]  
 no acepta la adjudicación.

El señor [Nombre del ganador] deberá firmar el presente  
 documento y el contrato de compraventa en el plazo de [Tiempo]  
 días hábiles siguientes a la fecha de la presente adjudicación.  
 De no firmarse el contrato, se entenderá que el señor [Nombre del ganador]  
 no acepta la adjudicación.

	<b>GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION</b>	<b>CÓDIGO: GA-FR-138</b>
		<b>Versión: 2</b>
	<b>FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION</b>	<b>Vigente desde: 03/07/2024</b>
		<b>Página: 2 de 2</b>

**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: 26/03/25. Ciudad: IBAGUÉ

**DIVULGANTE**

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

**RECEPTOR**

NOMBRE: ANDREA VERONICA OJEDA REYES

No. C.C : 1010196382

FIRMA: Andrea Ojeda Reyes

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
DEPARTMENT OF CHEMISTRY  
5800 S. UNIVERSITY AVENUE, CHICAGO, ILL. 60637

TO: \_\_\_\_\_  
FROM: \_\_\_\_\_  
SUBJECT: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

RE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

CÓDIGO: GA-FR-136

Versión: 3

FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Vigente desde: 27/07/2023

Página: 1 de 2

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

Por favor marcar según corresponda:

Aspirante

Estudiante

Pacientes y Acompañantes

Proveedores y Contratistas

Veedor

Empleado o Expleado

Otro. ¿Cual?



<b>GENERALES</b>	<p>La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL.</p> <p>Pago de obligaciones contractuales.</p> <p>Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma.</p> <p>Soporte en procesos de auditoría externa/interna.</p> <p>Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente.</p> <p>Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL.</p> <p>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.</p> <p>Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL.</p> <p>Con propósitos de seguridad o prevención de fraude.</p> <p>Actualización de datos entregados por el Titular.</p> <p>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.</p>
------------------	---

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

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

**FINALIDAD**

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

**DECLARACIÓN:**

Yo: \_\_\_\_\_ 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 apoyo logístico del Hospital.

- 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](http://www.hflleras.gov.co). De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de IBAGUÉ a los 08 días del mes de Julio del Año 2025 2025

Firma: Andrea Ojeda Reyes

Nombre: ANDREA VERONICA OJEDA REYES

C.C No: 1010196382 de: BOGOTÁ

**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: \_\_\_\_\_

**FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**  
 Anual \_\_\_\_\_  
 Al momento de la vinculación \_\_\_\_\_

Yo ANDREA VERONICA OJEDA REYES identificado(a) con cédula de ciudadanía N.° 1.010.196.382 de BOGOTA, 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? MEDICO ESPECIALISTA

en el cargo específico o contrato: ESPECIALISTA MEDICINA MATERNO FETAL en la siguiente dependencia o área de trabajo: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

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: N/A  
 Tipo de participación: \_\_\_\_\_  
 Fechas de ingreso y salida: \_\_\_\_\_  
 Compromiso vigente de confidencialidad: S/NO

**2. Actividades económicas o profesionales de los parientes cercanos, cónyuge 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 sus actividades económicas o profesionales de carácter privado podrían generar un potencial conflicto de intereses:

Nombres y apellidos del familiar: N/A  
 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): N/A

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:  
 Firma del (la) declarante: Andrea Ojeda Reyes  
 Cédula de ciudadanía N.° 1.010.196.382 de BOGOTA  
 Fecha: \_\_\_\_\_

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.  
 Nombre de quien recibe: \_\_\_\_\_  
 Firma: [Firma]  
 Cédula de ciudadanía N.° 1100448294 de Bog

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.



**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 1010196382 **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 15/05/2025 01:17 PM




Código Verificación: ZNG6B1T84L

Válida hasta: 13/08/2025

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

 <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	<b>GESTIÓN FINANCIERA</b>	<b>CÓDIGO: GF-FR-067</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>FORMATO SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL</b>	<b>Vigente desde: 30/06/2023</b>
		<b>Página: 1 de 1</b>

Fecha: Ibagué,

Para: jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Número del Contrato: 2025-

Nit: 1010196382

Contratista: ANDREA VERONICA OJEDA REYES

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01

Nombre Rubro Presupuestal: Servicios Médicos Especializados

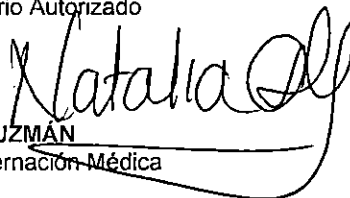
Certificado de Disponibilidad Presupuestal a afectar:

Valor: \$ 240.000.000

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN PERINATOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E. por seis (6) meses a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado



**NATALIA ANDREA QUINTERO GUZMÁN**  
 Coordinadora Unidad Funcional Internación Médica

Autorización Ordenador del Gasto:

**MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE**

Gerente

Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.



Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ pm \_\_\_\_\_

Diligenció	
Nombre: <i>Alejandra Martínez</i>	Firma:
Fecha:	

