DRA DOLLY AVALE

LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL

			CUMPLE			
25	Toma de muestras de Laboratorio Clínico (Profesionales de enfermería, - Auxiliares de Enfermería).					
26	Administración de medicamentos (Profesionales de enfermería, - Auxiliares de Enfermería).					
27	Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Todo personal asistencial)	39				
28	Transfusión Sanguinea (Profesionales de enfermería, Auxiliares de enfermería y médicos generales).					
29	Curso toma de muestras de laboratorio en punto del paciente POCT (Médicos generales, Profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, bacteriologos y terapeutas respiratorias)					
30	Gestion del duelo (Todo personal asistencial)	40	✓			
31	Atención a víctimas de ataques con agentes químicos(Médicos generales, Profesionales de enfermería, y auxiliares de enfermería)		✓			
32	Curso manejo del dolor y cuidado paliativo. (Médicos)	41				
33	Acción de formación continua en manejo del paciente oncológico (Profesionales enfermería, auxiliares de enfermería, Médicos Generales del servicio)					
34	Curso emergencias obstétricas - Sala de Partos (Médicos generales, Profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería)					
35	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)					
36	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)					
37	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)					
38	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)					
39	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	42				
40	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-politica de humanización en conjunto con el programa de humanización)	43	✓			
41	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)	44	✓			
42	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	45	✓			
43	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA		✓			
44	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	46				
45	RUT ACTUALIZADO (vigencia menor a 3 meses)	47	✓			
46	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)	48	✓			
47	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	49	✓			
48	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	50	✓			
49	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	51	✓			
50	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	52	✓			
51	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (ley 1918 de 2018. - https://inhabilidades.policia.gov.co)	53	✓			
52	PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (cuando aplique)	54	✓			
53	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS (menor a 3 meses)	55	✓			
54	CERTIFICADO AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN (menor a 3 meses)	56	✓			
55	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A ARL (cuando aplique/menor a 3 meses)	57	✓			
56	GA-FR-153 Aceptación de Notificación Por Medios Electrónicos	58	✓			
57	CERTIFICADO CUENTA BANCARIA (activa)	59	✓			
58	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	60-61	✓			
59	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)	63	✓			
60	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	64	✓			
61	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)		✓			
62	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	65	✓			
63	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL (vigencia menor a dos años)	66	✓			
64	CERTIFICADO EXPOSICION IONIZANTES (radiólogos)					
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	67-69	✓			

LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL							
			CUMPLE				
66	GA-FR-099- FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL (VoBo, Revisado previamente por el area encargado)	70-71 ✓	✓				
67	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)	72					SUPERVISOR
68	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)	73-74					SUPERVISOR
69	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	✓ 75-76	/				
70	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	✓ 77-78	/				
71	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES	✓ 79	/				
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	✓ 80	/				
73	FORMATO SOLICITUD DE REGISTRO PRESUPUESTAL	81					
	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

REVISA

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN JURÍDICA	Codigo: GJ-FR-011
		Versión: 2
	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA - PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	Vigente : 02/10/2023
		Página: 1 de 1

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO					CORREO ELECTRÓNICO						
PRIMER NOMBRE	Dolly				SEGUNDO NOMBRE	Andrea					
PRIMER APELLIDO	Alvarez				SEGUNDO APELLIDO	Rojas					
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	08-03-1976			LUGAR DE NACIMIENTO		Bogota		RH	O+		
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	X	CE		NÚMERO DE DOCUMENTO		65770805				
LUGAR DE EXPEDICIÓN	Ibague			GENERO		Femenino		EDAD	49		
ESTADO CIVIL		NÚMERO DE HIJOS	2	TELEFONO CELULAR		3014592471		TELEFONO FIJO			
DIRECCIÓN ACTUAL	Reservas del Bosque					CIUDAD	Ibague				
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD		SI		NO	X	¿CUAL?					
N° LIBRETA MILITAR (Cuando Aplique)				DISTRITO MILITAR (Cuando Aplique)							
PROFESIÓN	Odontologo			ESPECIALIZACIÓN		Cx maxilofacial					
NIVEL DE RIESGO SEGÚN ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR	1		2		3	X	4		5		
N° TARJETA PROFESIONAL (Cuando Aplique)	764				FECHA DE EXPEDICIÓN						
EPS	Sanitas			FONDO DE PENSION(AFP)		Colpensiones					
ARL	Positiva			FUNCIÓN A DESEMPEÑAR							
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											

PROCESO DE SELECCIÓN DE:
CONTRATACIÓN DIRECTA__X___
MINIMA CUANTIA: _____
MENOR CUANTIA: _____
MAYOR CUANTÍA: _____

E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	
ESTUDIOS PREVIOS	
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL	
Fecha de elaboración del Estudios Previos	Enero de 2026
Nombre del funcionario que diligencia el Estudio Previo	VICTOR ORMANDI RODRIGUEZ
Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato	UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS
Dependencia solicitante	UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS
Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS
Presupuesto Oficial	**$ 80.000.000 OCHENTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE**
Rubro del Presupuesto Oficial	*2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01 SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS*
Descripción de la Necesidad	
Justificación	El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., ubicado en la ciudad de Ibagué, Departamento de Tolima, es la **entidad de referencia en la red pública de mediana y alta complejidad** para la atención de la población de los 47 municipios del Departamento. Dado su papel crucial en la atención del trauma complejo y las patologías oncológicas y malformativas de la cabeza y el cuello, es indispensable contar con especialistas con la capacidad técnica para manejar estas áreas anatómicas delicadas. En este marco, la entidad necesita contratar un especialista en **Cirugía Oral y Maxilofacial**, una **especialidad odontológica de gran importancia** que se dedica al diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de las enfermedades, lesiones y defectos que involucran los aspectos funcionales y estéticos de los tejidos duros y blandos de la región **oral, maxilofacial y craneofacial**. La necesidad de esta especialidad se justifica, primordialmente, por su rol insustituible en el manejo del **trauma facial y craneofacial**, una de las urgencias más complejas y de mayor impacto funcional y estético. El servicio de urgencias de un hospital de alta complejidad atiende frecuentemente casos de: • **Traumatismos Facial y Maxilofacial:** Fracturas de mandíbula, maxilar, órbita, arcos cigomáticos y huesos

nasales, que requieren reducción abierta, fijación interna y reconstrucción precisa para restaurar la función masticatoria, visual y la estética facial.

- **Lesiones de Partes Blandas:** Laceraciones complejas y pérdida de tejido en cara, que necesitan técnicas de sutura y reconstrucción especializadas para minimizar cicatrices y preservar estructuras vitales (nervio facial, conductos salivales).
- **Infecciones Odontogénicas Severas:** Abscesos e infecciones de origen dental que se propagan a espacios faciales profundos, representando un riesgo vital que requiere drenaje quirúrgico urgente y manejo multidisciplinario.

Además del trauma, el Cirujano Maxilofacial es esencial para el manejo de **patología electiva de alta complejidad**, incluyendo la **cirugía oncológica** (resección de tumores de cabeza y cuello, cavidad oral y glándulas salivales), la reconstrucción de defectos post-resección con colgajos complejos, la cirugía ortognática para corrección de deformidades dentofaciales y la patología de la articulación temporomandibular (ATM).

La contratación de un especialista en Cirugía Maxilofacial es vital para garantizar la **atención médica quirúrgica especializada, oportuna y de alta calidad** en patologías que comprometen la estructura ósea y la funcionalidad de la cara, y para cumplir con la misión del hospital como centro de referencia. Actualmente, **no existe en la planta del hospital personal suficiente o con la disponibilidad necesaria** para abordar la complejidad de estas lesiones, lo que compromete la recuperación funcional, la estética facial y genera demoras en el tratamiento oncológico.

El alcance de la contratación es cubrir las necesidades de atención maxilofacial urgente y electiva. La incorporación de este especialista permitirá al hospital: **Mejorar significativamente los resultados funcionales y estéticos** en pacientes con trauma facial complejo; **Reducir las secuelas e índices de discapacidad** asociados a lesiones de la región craneofacial; **Ofrecer un manejo integral** en la Unidad de Trauma y **Consolidar la plataforma oncológica** para la cirugía de cabeza y cuello.

Finalmente, la contratación de un especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial es **fundamental e indispensable** para garantizar la atención médica quirúrgica especializada, inmediata y de alta calidad en patologías críticas y reconstructivas de la cara y el cráneo, y para sostener la capacidad resolutiva del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. como institución de alta complejidad al servicio de la salud pública regional.

Descripción y Especificaciones del objeto a contratar	
Objeto del Contrato	Contratar la prestación de servicios asistenciales especializados de Cirugía Maxilofacial para garantizar el desarrollo oportuno de los procesos y procedimientos quirúrgicos requeridos por los usuarios del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.

Identificador con el clasificador de bienes y servicios		
segmento	85	Servicios de Salud
familia	8512	Práctica Medica
Clase	851216	Médicos Especialistas
Producto	85121609	Médicos Especialistas en **CIRUGIA MAXILOFACIAL**

Especificaciones Técnicas	Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento: **Perfil:** Título universitario **ODONTOLOGO, Especialista en CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL** **Experiencia:** UN año de experiencia en la Especialidad **CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL**
Plazo del Contrato	El plazo de ejecución será de dos (4) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, y previo el cumplimiento de los requisitos de ejecución.
Lugar de Ejecución del Contrato	Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.
Forma de Pago	**SE PAGARÁ POR EVENTO así:** Valor contratado entre el Hospital con EAPB y/o entidades, en lo referente a los honorarios de la especialidad, menos el 15% en todas las tarifas. PARAGRAFO 1: El valor del contrato se cancelará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la radicación de la factura. PARAGRAFO 2: En los contratos celebrados por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima Empresa Social del Estado, en caso de mora en el pago, esta se generará a partir de la solicitud que realice el contratista a la entidad y se cancelará solo un interés de mora del 0.1% PARAGRAFO 3: El contratista deberá cumplir con las condiciones señaladas en la forma de pago. PARAGRAFO 4: Por ningún motivo el contratista podrá presentar más de

	dos cobros o facturas, en un mismo mes. PARAGRAFO 5: La factura deberá ser radicada según cronograma de la entidad.

VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANALISIS ECONOMICO JUSTIFICADO	
El valor Estimado para la presente contratación es de:	El valor del presente contrato asciende a la suma de **$ 80.000.000 OCHENTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE**

ESTUDIOS DE MERCADO

Para efectos del cálculo del presupuesto se realizó, el análisis económico del valor estimado del contrato, basándose en el estudio técnico de precios de mercado y en el histórico de las tarifas contratadas por el hospital.

Tabla 1. Contratos y valores de la especialidad de cx Maxilofacial en el periodo 2025

Numero del contrato	TIPO DE CONTRATO	RP	(C) Objeto Del Contrato	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	VALOR CONTRATO INICIAL	TOTAL CONTRATO
2025-0071	EVENTO	1746	MAXILOFACIAL	16/01/2025	30/04/2025	$ 33.993.750,00	$ 33.993.750,00
2025-0463	EVENTO	3354	MAXILOFACIAL	15/05/2025	14/11/2025	$ 60.000.000,00	$ 90.000.000,00
2025-0046	EVENTO	1743	MAXILOFACIAL	17/01/2025	1/05/2025	$ 33.993.750,00	$ 50.990.625,00
2025-0409	EVENTO	3293	MAXILOFACIAL	8/05/2025	7/11/2025	$ 96.000.000,00	$ 136.000.000,00
2025-0036	EVENTO	1687	MAXILOFACIAL	16/01/2025	30/04/2025	$ 34.095.834,00	$ 34.095.834,00
2025-0479	EVENTO	3439	MAXILOFACIAL	12/06/2025	11/12/2025	$ 60.000.000,00	$ 60.000.000,00

El análisis se basa en los valores contratados por la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta para la prestación de servicios especializados (objeto "CX MAXILOFACIAL") bajo la modalidad de contrato "EVENTO".

Tipo de Valor Analizado	Valor Mínimo Histórico	Valor Máximo Histórico	Valor Promedio Total
VALOR TOTAL	$ 33.993.750,00	$ 136.000.000,00	**$ 59.326.678,17**

El rango de precios analizados para la contratación de estos servicios de **Cirugía Maxilofacial** es amplio, lo que sugiere que el valor final está directamente relacionado con el plazo de ejecución y la **intensidad del servicio de trauma** requerido (el detalle de los eventos contratados, que no se ve en la tabla, pero se infiere).

- **Límite Inferior (Pisos):** El valor mínimo histórico por contrato se ubica en **$ 33.993.750,00** (Contrato 2025-0071). Estos contratos suelen ser los de **menor duración** (aproximadamente 3.5 meses) o menor número de eventos/turnos requeridos.
- **Límite Superior (Techos):** El valor máximo histórico alcanza los **$ 136.000.000,00** (Contrato 2025-0409). Este valor, resultado de una adición significativa, indica contratos con una duración extensa (6 meses) o aquellos que cubren una necesidad operativa crítica y continua de trauma facial complejo.

Tendencia de Adiciones (Ajuste por Contingencia)

La tendencia de adiciones es un indicador importante del riesgo de subestimación del presupuesto inicial, especialmente en una especialidad de trauma:

- Se observaron adiciones en dos (2) de los seis (6) contratos analizados, lo que representa un **33,33%** de los casos analizados.
- El valor total de las adiciones es la diferencia entre la Suma Total ($ 355.960.069,00) y la Suma Inicial ($ 252.973.194,00), lo que resulta en **$ 102.986.875,00**.
- El **Valor Adición promedio** en estos dos casos es de $\frac{\$ 102.986.875,00}{2} = **\$ 51.493.437,50**$.
- Las adiciones son extremadamente significativas (en el Contrato 2025-0409, el valor inicial de $ 50M aumentó a $ 136M, un **aumento del 172%**). Esto sugiere que los contratos iniciales subestiman gravemente la necesidad real de manejo de trauma maxilofacial, que es impredecible y requiere altos recursos. Esto es un factor clave de riesgo que debe considerarse en el presupuesto de nuevos contratos.

Conclusión para el Cálculo del Presupuesto

Para efectos de calcular el presupuesto estimado para una futura contratación de especialista en **Cirugía Maxilofacial**, se deben considerar tres enfoques:

1. **Cálculo por Promedio Total:**
    - Un valor de referencia para un contrato "estándar" es el **Valor Promedio Total de $ 59.326.678,17**. Este valor incorpora el impacto de las adiciones históricas, aunque la alta variabilidad hace que este promedio pueda ser bajo para un contrato de larga duración.
2. **Cálculo Detallado (Basado en la Prestación):**
    - El presupuesto debe basarse principalmente en el estudio técnico de precios de mercado (costo por evento/procedimiento) detallado en la necesidad de la E.S.E.
    - **Justificación:** Si la necesidad futura es de corta duración (ej. 3 meses), el valor se acercaría al rango inferior ($ 33M a $ 50M). Si es para un periodo prolongado (ej. 6 meses) o con alta expectativa de trauma, se acercaría al rango superior ($ 100M a $ 136M).
3. **Inclusión del Factor de Riesgo por Adición:**
    - Dado que las adiciones son frecuentes (33.33% de los contratos) y extraordinariamente significativas (más del 100% de aumento en un caso), se debe considerar un margen de **contingencia económica** amplio (similar al promedio de

adición de $ 51.4M) para cubrir necesidades operativas no previstas, como la alta demanda por trauma facial complejo o la necesidad de cobertura continua en el servicio de urgencias.

Que, de acuerdo a la 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
GARANTIAS DEL CONTRATO	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 mínima hasta la liquidación del contrato.
	Calidad 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 este.	El valor de esta garantía deberá ser por lo menos del 20% del valor total del contrato.	La vigencia será por el término de ejecución del contrato y un año más.
	Responsabilidad civil Extracontractual	para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato su cuantía se establecerá	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV,	La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato.

	Póliza de responsabilidad médica:	Para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV, siguiendo las siguientes reglas	Vigencia corresponderá al plazo del contrato.

Obligaciones del Contratista	**OBLIGACIONES GENERALES** 1. Suscribir oportunamente el acta de inicio y el acta de liquidación del contrato, conjuntamente con el/la supervisor/a del mismo, cuando corresponda. 2. Entregar al supervisor los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, así como los informes y archivos a su cargo, requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo (Cuando aplique). 3. Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como, respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras, creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato. 4. Realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato, y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago para personas naturales. Cuando se trate de personas jurídicas. Entregar para cada pago, la certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, que acredite el cumplimiento del pago de aportes al sistema de seguridad social integral, parafiscales, ICBF, SENA y cajas de compensación familiar de los últimos seis (6) meses, de conformidad con el artículo50 de la Ley 789 de 2002 o aquella que lo modifique, adicione o complemente. 5. Realizar el cargue de los documentos requeridos en la plataforma del SECOP II, respecto a la información de póliza, estampillas, documento equivalente y/o factura, informes de ejecución y terminación del contrato. 6. El objeto contractual deberá ejecutarse de conformidad con las finalidades y

	los principios de economía y transparencia, consagrados en la Ley 80 de 1993 y los postulados de la función administrativa consagrados en el artículo 209 de la Constitución Política. En desarrollo del objeto contractual el contratista se obliga a cumplir a cabalidad con las actividades que se describen en el contrato. 7. El contratista deberá tener en cuenta que las actividades descritas en su propuesta se prestarán bajo su exclusiva responsabilidad y en consecuencia, deberá suministrar todos los recursos e implementos tendientes a lograr la adecuada, suficiente y eficiente prestación del servicio que se solicita. 8. Acatar la Constitución Política, la Ley, las normas legales y procedimentales establecidas por el Gobierno Nacional y municipal y demás normas pertinentes. 9. Responder por el pago de los tributos, tasas o contribuciones (estampillas) que se causen o llegaren a causarse por la celebración, ejecución y liquidación del contrato, cuando a esta hubiere lugar. 10. Reportar al funcionario encargado del control y supervisión de la ejecución del contrato, de manera inmediata cualquier novedad o anomalía que se presente. 11. Mantener a la Entidad libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes (si fueren autorizados). En consecuencia, EL CONTRATISTA mantendrá indemne a la Entidad contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros incluido el personal de la Entidad, ocasionados por EL CONTRATISTA o por sus subcontratistas o dependientes (si fueren autorizados) en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales. 12. Presentar la factura o cuenta de cobro de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato, junto con el informe de las actividades realizadas para cada pago. 13. Tratar con amabilidad a los demás colaboradores internos y externos de la Entidad, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia. 14. Cumplir con las políticas y normas de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas en el Decreto 1072 de 2015 y demás normatividad legal vigente. 15. Mantener actualizadas las vigencias y el monto de los amparos de las garantías expedidas con ocasión de la suscripción del Contrato, acorde con lo indicado en el ítem de GARANTÍAS, teniendo en consideración el plazo de ejecución, valor, modificaciones en valor y/o plazo, suspensiones, etc., que afecten su vigencia o monto cuando haya lugar. 16. Asistir con puntualidad a todas las capacitaciones, reuniones y comités citadas por el supervisor del contrato. 17. El contratista se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedaran a cargo del coordinador, administrador o contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de

cuidado y diligencia inmerso en el contrato

OBLIGACIONES GENERALES CONFORME AL OBJETO:

1. Utilizar y portar todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades y propender por el auto cuidado de su salud y de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades.
2. 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.
3. 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.
4. Crear, actualizar, socializar, conocer y aplicar las guías de atención médica, establecidas en la institución, propias de la especialidad médica que soporte el actuar médico, las tomas de decisiones y las conductas, dando soporte a la seguridad del paciente y calidad en la atención.
5. 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 sin que lo anterior implique delegar la responsabilidad asistencial a los internos y residentes, lo que está EXPRESAMENTE PROHIBIDO.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

ATENCIÓN AREAS DE INTERNACION MEDICA Y URGENCIAS:

1. Valorar de forma presencial los pacientes hospitalizados y de urgencias en los diferentes servicios del Hospital en ambas sedes, actividad que no puede ser delegada al personal en formación. Describir de forma detallada todas las lesiones encontradas, profundizando en los hallazgos relacionados con su especialidad.
2. Solicitud, gestión y respuesta de interconsulta en los servicios de urgencias e internación medica dentro de las 24 horas siguientes de la solicitud.
3. 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.
4. Resolver interconsultas a otras especialidades, con oportunidad, suficiencia y claridad, para apoyar el tratamiento integral de los pacientes.
5. Realizar junta quirúrgica hospitalaria según los requerimientos de la institución dejando registro en la historia clínica de la justificación, discusión y conclusión de la misma.
6. Realizar la evolución diaria del paciente hospitalizado, teniendo en cuenta la unificación de criterios para el manejo de los pacientes tanto por la especialidad tratante, como por manejo interdisciplinario.
7. Mantener comunicación permanente con usuarios, familia y equipo de salud, brindando información sobre el estado de salud del paciente y el plan de

atención, para lograr la adherencia al tratamiento.
8. Realizar el proceso de obtención y diligenciamiento del consentimiento informado para todos los procedimientos o tratamientos que lo requieran.

ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA:

1. Entregar la programación de la consulta externa antes del día 25 de cada mes al supervisor del contrato.
2. Cumplir mensualmente con una franja de consulta externa de mínimo 8 horas cada semana, la cual deberá ser certificada por parte del profesional especializado de la unidad de ambulatorios.
3. Informar con la debida antelación en caso de no poder cumplir con alguna agenda por situaciones programadas y programables (congresos, viajes, vacaciones con un mes de anticipación; y las urgencias en el momento en que susciten) en el formato diseñado para tal fin.
4. Reprogramar dentro del mismo mes las agendas canceladas, de tal forma que se garantice la oferta de la especialidad y no se afecten los indicadores de oportunidad y producción.

ATENCIÓN SALAS DE CIRUGÍA:

1. Teniendo en cuenta que no hay horarios estipulados por el empleador, se pacta con ustedes una agenda para la organización y cumplimiento de las actividades que debe ser respetada y cumplida con puntualidad (consultas, interconsultas, urgencias, urgencia diferida y cirugía programada, según necesidad del contratante).
2. Desarrollar las actividades según la agenda definida previamente, respetando la programación de quirófano, garantizando el cumplimiento de los estándares de productividad mínima. El incumplimiento de esta generara la no cancelación de las actividades no realizadas y si el incumplimiento es reiterativo se impondrán las multas que se encuentren en el contrato.
3. Generar la solicitud del procedimiento quirúrgico en tiempo real, Si al valorar el paciente, este es candidato para procedimiento quirúrgico.
4. Realizar el planeamiento quirúrgico con los proveedores (contrato por el hospital o dado por EPS), cuando se requiera material de osteosíntesis o dispositivos médicos en el acto quirúrgico minimizando el riesgo de cancelación de cirugía.
5. Realizar las cirugías programadas y por urgencias requeridas y su respectivo control pos quirúrgico.
6. Describir en el informe quirúrgico de forma clara y detallada los hallazgos y procedimientos realizados y deben coincidir con el examen físico y las ayudas diagnósticas. El informe quirúrgico debe quedar con la misma fecha del día del procedimiento.
7. Verificar para pacientes ambulatorios, que los códigos registrados en el informe quirúrgico coinciden con las autorizaciones, salvo que existan hallazgos intra operatorios que requieran cambio o procedimientos adicionales, en cuyo caso solo contamos con 24 horas para hacer el reporte.
8. Realizar las solicitudes de patología el mismo día de la cirugía, verificando que los códigos corresponden al tipo y cantidad de especímenes que se desea estudiar.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLÍNICA:

1. Realizar la debida clasificación y diligenciamiento en la historia clínica y demás herramientas que disponga la entidad para la clasificación de CIE-10 y la codificación CUPS correctas según resolución 2336 de 2023 o la norma que las modifiquen, La presente obligación será medida con el fin de garantizar la calidad de la información para el cumplimiento de los objetivos en el proceso de la radicación de las facturas de reconocimiento y pago de los servicios prestados por parte de las diferentes EAPB, teniendo en cuenta a normatividad Decreto 780 de 2016, aplicación de la resolución RIPS resolución 2275 de 2023.
2. Garantizar que las ayudas diagnósticas ordenadas durante la ruta de atención del paciente de los diferentes servicios se interpreten en la historia clínica.
3. 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 interpretación de los exámenes para clínicos y de la epicrisis EN EL SOFTWARE INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL (se debe tener un registro adecuado que no solo permita garantizar buenos estándares de calidad sino que facilite el proceso de seguimiento y facturación de las diferentes actividades medicas a diferenciarlas según el tipo de historia correspondiente (como folio de respuesta interconsulta y/o registro de procedimientos no quirúrgicos); si la actividad no se registra en el tipo de historia que corresponde esta no se reconocerá el pago al especialista por la actividad.) cumpliendo así 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.
4. Estos registros no podrán ser delegados en forma permanente y no vigilada al interno.
5. 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 ejercicio (NO-POS, MIPRES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, SOLICITUDES DE PATOLOGÍA, RUAF etc.)
6. La Historia Clínica de un paciente, ésta debe ser el reflejo exacto y completo de las condiciones de salud de aquel, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 1.995 del año 1.999, expedida por el Ministerio de la Protección Social y las demás normas que regulen la materia, por lo cual el contratista se obliga a elaborar una Historia Clínica que reúna las siguientes características: COMPLETA: Esto es que contenga la totalidad de la información relevante sobre los antecedentes del paciente, diagnóstico, tratamiento y en general que se consigne de manera clara e integra la información que requiere un profesional de la medicina para conocer y atender en forma adecuada a una persona. COHERENTE: La Historia Clínica es un documento que elaboran varias personas a lo largo del tiempo.
7. El contratista entiende que cada anotación es un elemento integrante de un

	todo y se obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite elementos importantes a las siguientes. SUSTENTADA: La Historia Clínica debe estar soportada en estudios científicos. 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. 8. 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. **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA FACTURACIÓN:** 1. Tener en cuenta a la hora de facturar, los procedimientos que están incluidos o son inherentes a otras intervenciones. 2. Presentar las facturas con la respectiva seguridad social dentro del mes a factura, según fechas acordadas por las áreas de contabilidad y presupuesto. No se permite la acumulación de facturas. 3. Pasar de forma periódica y oportuna la relación de los procedimientos ejecutados para su respectiva auditoria y aval. 4. 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. 5. 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. 6. Participar activamente en la respuesta de las glosas de pertinencia, las cuales deberán ir sustentadas en la guías de manejo integral del Hospital. Todas estas actividades se desarrollarán de acuerdo a lo definido en el manual de operación y en los procesos y procedimientos de la institución, que se encuentran disponibles en la oficina de calidad y en la página electrónica del Hospital.
Obligaciones de la E.S.E.	• Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato • Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley • Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte.

Plazo de liquidación del contrato	El término de que disponen las partes para liquidar los contratos de mutuo acuerdo, será de cuatro (4) meses contados a partir de la finalización del plazo de ejecución señalado en el mismo, de no realizarse dentro del término previsto se aplicará a lo dispuesto en el Estatuto de contratación. Igualmente debe tenerse en cuenta que para aquellos de ejecución instantánea no se requiere la liquidación de contrato, conforme lo dispone a la normatividad vigente.
Fundamentos Jurídicos de Modalidad de Selección	El marco legal del proceso de selección y de las obligaciones que se deriven de su adjudicación, está conformado por la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por el estatuto de contratación de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, las normas orgánicas de presupuesto, las disposiciones cambiarias, y las demás normas concordantes con la materia, que rijan y lleguen a regir los aspectos del presente proceso de selección. Para el caso de selección directa se tendrá en cuenta lo establecido en el Manual de contratación del hospital, en el numera 7.2 CAPITULO VI DE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN EN LOS QUE LA ENTIDAD ACTUA COMO OFERENTE Y CONTRATISTA en el enciso 7.4.7 Contratación directa B) SIN IMPORTAR CUANTIA, 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.
Justificación de los factores de selección	Teniendo en cuenta la modalidad de contratación el Hospital invitará a presentar oferta a persona determinada que cumpla con las condiciones requeridas según el objeto y las obligaciones contractuales y cuya propuesta no sea superior al presupuesto oficial.
Condiciones de cumplimiento para la contratación.	Título universitario **ODONTOLOGO** Especialista en **CIRUGIA MAXILOFACIAL** Un (1) año de experiencia en la Especialidad **CIRUGIA MAXILOFACIAL**
Estimación, tipificación y asignación de riesgos previsibles	El Hospital Federico Lleras identifica los siguientes riesgos asociados al proceso de contratación:

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

Categoría	Valoración	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		1	2	3	4	5

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

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

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

MECANISMOS DE COBERTURA:

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

DEFINICIONES:

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

Riesgo Previsible: Son los posibles hechos o circunstancias que por la naturaleza

del contrato y de la actividad a ejecutar es factible su ocurrencia.

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

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

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

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

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

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

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

Forma de Mitigarlo:

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

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

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN FINANCIERA

Soporte técnico y económico del valor estimado del contrato

Variables consideradas para calcular el presupuesto oficial	Los valores asignados para este tipo de contratación son de acuerdo a la proyección presupuestal para la vigencia fiscal 2026
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 DE IBAGUÉ. 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:	La Entidad Estatal contratante se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, informes sobre la ejecución del contrato y los avances, junto con los documentos que lo soportan. La Entidad Estatal contratante evaluará periódicamente el desempeño del Contratista durante el desarrollo del objeto contractual, con arreglo a los criterios de evaluación que haya aprobado para el efecto.
Declaraciones del contratista	El futuro contratista hace las siguientes declaraciones: Conoce y acepta los Documentos del Proceso Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato.

	Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente. El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato. El 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. 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. El contratista autoriza al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, verificar los títulos y demás documentos presentados en la oferta.
Responsabilidad:	El Contratista será responsable por el cumplimiento del objeto contractual y será responsable por los daños que ocasionen sus empleados, los empleados de sus subcontratistas, al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE DE IBAGUE TOLIMA en la ejecución del objeto Contractual.
Propiedad Intelectual:	Si de la ejecución del futuro contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a Hospital Federico Lleras Acosta de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982 y demás normas que modifiquen, adicionen o aclaren. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados a Hospital Federico Lleras Acosta por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros.

Confidencialidad	En caso de que exista información sujeta a reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. Para el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, la Historia Clínica de los Pacientes gozan de Reserva Legal.
Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato:	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el Contrato, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato. Terminación anticipada del contrato: Procede por: a. Por mutuo acuerdo entre las partes. b. Por declaratoria de caducidad del contrato por parte del CONTRATANTE en la forma y en los efectos previstos en el art 18 de la ley 80 de 1993. c. Por decisión autónoma de cualquiera de las partes en cualquier tiempo, dando aviso por escrito a la otra con por lo menos treinta (30) días de anticipación. d. Por evaluación no satisfactoria del CONTRATISTA. e. El reporte del contratista en la listas nacionales e internacionales que establecen la relación de personas que de acuerdo al organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo. Modificación concertada: Cualquier decisión que modifique la relación contractual inicialmente pactada, no será válida sin la aprobación conjunta y por escrito de las partes contratantes Suspensión temporal del contrato: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la vigencia del contrato mediante la suscripción de un acta en donde conste el evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. Cuando estas circunstancias afecten las obligaciones del Contratista para ser aceptadas, este deberá comunicarlo por escrito al contratante dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del hecho con la debida comprobación. Se entiende por fuerza mayor o caso fortuito las situaciones contempladas y definidas por el art 1 de la ley 95 de 1890
Multas	En caso de incumplimiento parcial al objeto del contrato y obligaciones se aplicará las multas diarias y sucesivas hasta por diez (10) días equivalente al 0.2% del valor total del contrato, las cuales deben 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 10% 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 de Ibagué ESE 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 el contrato. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE 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 DE IBAGUÉ, con ocasión de la violación o el incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente Contrato. El Contratista se obliga a mantener indemne a Hospital Federico Lleras Acosta de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa

	sus actuaciones hasta por el monto del daño o perjuicio causado. El Contratista mantendrá indemne a Hospital Federico Lleras Acosta por cualquier obligación de carácter laboral o relacionado que se originen en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el Contratista asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato.
Caso Fortuito y Fuerza Mayor	Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana.
Solución de Controversias	Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y la Entidad Estatal contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del Contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente Contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se resolverán mediante: Conciliación: Cuando la controversia no pueda arreglarse de manera directa debe someterse a un procedimiento conciliatorio que se surtirá ante el centro de conciliación de la ciudad de Ibagué, previa solicitud de conciliación elevada individual o conjuntamente por las Partes. Si en el término de ocho (8) días hábiles a partir del inicio del trámite de la conciliación, el cual se entenderá a partir de la fecha de la primera citación a las Partes que haga el centro de conciliación, las Partes no llegan a un acuerdo para resolver sus diferencias, deben acudir a la jurisdicción contencioso administrativa.
Notificaciones	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del Contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregados personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones respectivas establecidas en el SECOP II.
Supervisión	La Supervisión del presente contrato estará a cargo del PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD DE LA UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS 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) y del Manual de Supervisión e Interventoría del Hospital. 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 lo dispuesto en el Manual de Contratación de la Entidad, para lo de su fin se tendrán en cuenta las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las clausulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, teniendo en claro que el Hospital tiene un régimen de contratación especial.
Auditoria	La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorias en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP) (ARL) (EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Convienen las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista.
Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT	1) EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. 2) EL CONTRATISTA, se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, provengan, de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo.3) En todo caso, si durante el plazo de vigencia del contrato, EL CONTRATISTA, algunos de sus administradores, socios o administradores llegaren a ser (I) vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos

	relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo. (II) Incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o (III) Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos ; o IV) llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos, EL CONTRATANTE tiene el derecho de terminar unilateralmente el contrato sin que por este hecho esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a EL CONTRATISTA. 4) De la misma forma, EL CONTRATISTA, declara que los recursos que incorpora para el desarrollo del Objeto contractual, proceden de actividades completamente lícitas.5) EL CONTRATISTA, se obliga expresamente a entregar a EL CONTRATANTE, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que EL CONTRATANTE requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula, EL CONTRATANTE tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica surgida.6) EL CONTRATISTA, manifiesta que conforme a lo anterior autoriza al Contratante la consulta y verificación en cualquier base de datos, listas restrictivas y públicas.
Gastos	Los gastos que ocasione la legalización del contrato este a cargo del Contratista.
Publicación	Conforme lo estatuido en el Decreto 019 de 2012, la contratación de la E.S.E., deberá ser publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública-SECOP II - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente.
Domicilio Contractual	Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué.
Estampillas	Conforme a la Ordenanza No. 0015 del 2025, a partir del 01 de enero de 2026, deberá realizar el pago de las siguientes estampillas como requisito de legalización del Contrato, las

	estampillas para los contratos de prestación de servicios con personas naturales, se descontarán en los dos (02) primeros pagos de los contratos celebrados entre enero y agosto y un (01) solo pago para aquellos contratos suscritos entre septiembre y diciembre; siempre y cuando sea dentro de la misma vigencia fiscal. **CARGA TRIBUTARIA DEPARTAMENTAL** / **TARIFA** PROCULTURA 1,00% PROELECTRIFICADORA 0,50% PROHOSPITALES 1,00%
Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.	VER DOCUMENTO ADJUNTO

Responsable,

VICTOR ORMANDI RODRIGUEZ
Profesional Especializado
Unidad Funcional Quirúrgicos
Hospital Federico Lleras Acosta

Dra. MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta

14

Fecha: Ibagué, 15 ENE 2026

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: $80.000.000.00

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

Contratar la prestación de servicios asistenciales especializados de Cirugía Maxilofacial para garantizar el desarrollo oportuno de los procesos y procedimientos quirúrgicos requeridos por los usuarios del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E. de cuatro (4) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, y previo el cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

VICTOR ORMANDI RODRIGUEZ
Profesional Especializado Unidad Funcional Quirúrgicos

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___

Diligenció

Nombre: Firma:

Fecha:

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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 9:15:07
DOLLY ANDREA ALVA...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualización

0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes

Sugerencias SECOP



◄ ►

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

Ibagué,

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

Referencia: Propuesta Prestación de Servicios

Respetada Doctora Palacios

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 requiere de un Cirujano Maxilofacial y que es parte fundamental dentro de los procesos de atención hospitalaria y considerando que es la única Institución de mayor complejidad en el departamento del Tolima , que tiene diferentes contratos con la EPS, EPS-S, Secretaria de Salud del Tolima, Aseguradoras entre otros, debiendo cumplir con calidad, oportunidad , eficiencia y en procura de salvaguardar el dicho fundamento a la salud por estar en conexidad con la vida de todos los usuarios que ingresan par a el manejo de sus patologías, de la manera más respetuosa me permito presentar propuesta para la prestación de los servicios como_____, 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: contratar personal de auxiliar enfermeria especializado en cirugia maxilofacial para garantizar el desarrollo optimo de procedimientos quirurgicos del hospital Federico Lleras Acosta.

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

Igualmente estoy en condiciones de desarrollar mis actividades bajo los lineamientos, normatividad y protocolos vigentes que rigen al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E.
Manifiesto bajo la gravedad del juramento lo siguiente:

1. Que cuento con la capacidad suficiente para ejecutar el objeto y las especificaciones de la presente propuesta.

2. Que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para licitar o contratar consagradas en las disposiciones contenidas en la Constitución Política, en el artículos 8° de la Ley 80 de 1993 y el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás disposiciones legales vigentes sobre la materia. (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 Simplificado

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 80.000.000 y duración de 4 meses **.CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

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

11. Que 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 pasara disponibilidad los últimos 5 días de cada mes.

Además, manifiesto:

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

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

Cordialmente,

6570805

17

Ibagué,

Señora
DOLLY ALVAREZ ROJAS
E. S. M.

Respetado Señora Álvarez

En mi calidad de Gerente del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. me permito informa que se recibió la propuesta para la contratación con el fin de desarrollar el siguiente objeto: Contratar la prestación de servicios asistenciales especializados para el desarrollo de los procesos y procedimientos quirúrgicos que requieran Atención en **CIRUGIA MAXILOFACIAL** para el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué 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, y se determinó la aceptación de su propuesta para realizar la contratación.

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

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

Cordialmente,

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Alvarez	Rojas	Dolly Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 65770805	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 08 MES 03 AÑO 1976	CARRERA 12 68 113 APTO 101 INTERIOR 4 RESERVAS DE BOSQUE AMBALA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	TOLIMA
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	IBAGUÉ		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO		EMAIL	dollyaalvarez@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1994

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	8	X		ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	02	2005	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	05	2000	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
INGLÉS	X				X		X		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL				*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ESPINAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	07	*Año* 2010	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CIRUJANA ORAL Y MAXILOFACIAL	*DEPENDENCIA* AREA MEDICO QUIRURGICA					*DIRECCIÓN* AVENIDA null null null ESPINAL						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2640888	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2005	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CIRUJANO MAXILOFACIAL	*DEPENDENCIA* AREA MEDICO QUIRURGICA					*DIRECCIÓN* CALLE 33N 4A 50						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UAN UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO				*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	01	*Mes:*	06	*Año:* 2010	*Día:*	30	*Mes:*	06	*Año:*	2012	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* AVENIDA 1A 1A 1 CENTRO						

5 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	19	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	19	9

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

DOLLY ALVAREZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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 FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Personería Jurídica Resolución 12.987 de Agosto 18 de 1981 M.E.N.

TENIENDO EN CUENTA QUE

Dolly Andrea Alvarez Rojas

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C. No. 65.770.665 Bogotá

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

Facultad de Postgrados de Odontología

LE OTORGA,
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,
EL TITULO DE

Especialista en

Cirugía Oral y Maxilo-Facial

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACION EN BOGOTA, D.C., A LOS diecinueve (19) DIAS DEL MES DE abril DE dos mil cinco (2005)

RECTOR DECANO SECRETARIO GENERAL

Registro No. 002188
Acta de Registro: Folio No. 288 Libro 28
Día 19 Mes abril Año 2005
Acuerdo 033 Folio 11/1998 del Pleno
SECRETARIA GENERAL

DIPLOMA Nº 0814

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE POSTGRADOS DE ODONTOLOGÍA
Sede Bogotá, D.C.

ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILO-FACIAL
Registro ICFES No. 27095617051110011110O

ACTA DE GRADO No. 156

En la ciudad de Bogotá, D.C., siendo las 3:00 p.m. del día diecinueve de Abril del año dos mil cinco (2.005), se reunieron en el Auditorio "Mariano Alberto Alvear Orozco", **de la Fundación Universitaria** San Martín, los doctores Jaime Villamizar Lamus, Rector; José Ricardo Caballero Calderón, Secretario General; Arturo Ocampo Alvarez, Decano de Postgrados de Odontología y María Clara Orozco Pacheco, Secretaria Académica, con el objeto de celebrar la ceremonia de graduación de Especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial, debidamente autorizados por el Consejo Académico según Acta No. 46 del 01 de Abril del año 2.005, a los doctores que se relacionan a continuación, quienes acreditaron el cumplimento de los programas aprobados por el Pleno de la Institución mediante Acuerdo No. 033 de Noviembre 11 de 1.992; así:

Dolly Andrea Alvarez Rojas C.C. 65.770.805 de Ibagué

El especialista enunciado cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por la Facultad y le otorga, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, el título de: **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.**

Luego el doctor Jaime Villamizar Lamus, tomó a los especialistas el juramento de rigor, concebido en los siguientes términos: "JURAIS ANTE DIOS Y LA PATRIA OBEDECER LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA, PROFESAR AMOR, RESPETO Y ÉTICA A LA PRÁCTICA DE VUESTRA PROFESIÓN, ENALTECIENDO POR SIEMPRE SU NOMBRE Y EL DE TODOS VUESTROS COLEGAS PARA SER EJEMPLO DE HONESTIDAD, LEALTAD Y VOLUNTAD DE SERVICIO A LA SOCIEDAD COLOMBIANA? Los graduandos contestaron afirmativamente. SI ASÍ LO HICIEREIS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIE, SI NO ÉL Y ELLA OS LO DEMANDE.

Acto seguido, se procedió a la nominación de Especialistas y a la entrega de los diplomas y actas de grado correspondientes.

Estuvieron presentes en la solemne ceremonia las personalidades del Alma Mater, encabezadas por el doctor Jaime Villamizar Lamus, Rector; los señores Decanos y Profesores del Claustro Sanmartiniano de la Sede de Bogotá, D.C.

Finalmente, el Secretario General, leyó el Acta de Graduación correspondiente y el Señor Rector, dio por terminada la ceremonia, siendo las 4:00 p.m.

Para constancia se firma la presente Acta, en Bogotá, D.C., a los diecinueve (19) días del mes de Abril del año dos mil cinco (2.005).

JAIME VILLAMIZAR LAMUS (Fdo.)
Rector

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN (Fdo.)
Secretario General

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente. Se deja constancia que el diploma se encuentra registrado bajo el número **006186** anotado el folio número 038 del libro 32 de fecha diecinueve (19) de Abril del año dos mil cinco (2.005).

Se expide en Bogotá D.C., a los diecinueve (19) días del mes de Abril del año dos mil cinco (2.005).

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN
Secretario General

Personería Jurídica reconocida mediante Resolución No. [illegible] del [illegible] de Noviembre de 1.9[illegible] expedida por el MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. FACULTAD DE POSTGRADOS DE ODONTOLOGÍA. Calle 3 [illegible] Teléfono [illegible] www.usmariana.edu.co

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgxwBVWHKJFxblhLghbgfwFxwdVzl?projector=1&messagePartId=0.3

ACC OMF
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Certifican que:

EL DOCTOR(A) **DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS**

Asistió al

XXXV CONGRESO NACIONAL ACCOMF

LOS DIAS 10. 11 Y 12 DE MARZO DE 2011
INTENSIDAD 24 HORAS
PEREIRA - COLOMBIA

Dr. Daniel Alfonso Rey Vásquez
Presidente
ACCOMF

Dr. Santiago Abello de Castro
Secretario

22

AOCMF
LATIN AMERICA

Certifica que

Álvarez Rojas Dolly Andrea

Ha participado en el

Curso AOCMF
Principios Básicos Craneomaxilofacial

Fecha/Ciudad

Octubre 28 - 30, 2010, Bogotá, Colombia

Director(es) del Curso

Fernando Briceño

Ricardo Morales

Ricardo Cienfuegos-Monroy
Chairman AOCMF Latin America

Prof Michael Ehrenfeld
Chairman AOCMF International

Paul N. Manson
President AO Foundation

El presente certificado solamente confirma que la persona mencionada participó en el curso. Este certificado no confirma o garantiza en ninguna forma la competencia del participante.

BIOHORIZONS

TECHNOLOGY • EDUCATION • SERVICE

Certificate of Attendance

Presented To:

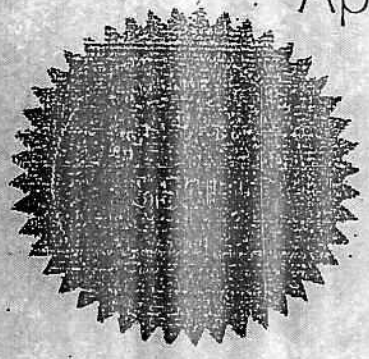
Dolly Alvarez

For Successful Completion of

BioHorizons International Symposium Series

Bogotá, Colombia

April 30 – May 1, 2010



R. Steven Boggan

Steve Boggan
President and CEO

12 CE Credit Hours

25

ACC OMF

ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE CIRUGÍA ORAL
Y MAXILOFACIAL

Es un orgullo para nosotros contar
con su presencia entre

LOS MEJORES CIRUJANOS
DEL 2010

El Doctor

DOLLY A. ALVAREZ R.

Se ha distinguido como miembro activo de la

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Dr. Daniel Alfonso Rey Vásquez
Presidente

Dr. Santiago Abello de Castro
Secretario

Reconocimiento
a la Excelencia
2010

ACC OMF

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

EXPIDE EL PRESENTE

CERTIFICADO DE ASISTENCIA A:

DOLLY ANDREA ALVAREZ

POR SU PARTICIPACIÓN EN EL

XXXIV CONGRESO NACIONAL

CELEBRADO EN CARTAGENA DE INDIAS DEL 11 AL 13 DE MARZO DE 2010

20 HORAS

DANIEL ALFONSO REY VÁSQUEZ
PRESIDENTE

SANTIAGO ABELLO DE CASTRO
SECRETARIO GENERAL

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

SECCIONAL ANTIOQUIA

Certifica que:

DOLLY ANDREA ALVAREZ

Asistió al
"CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL ACCOMF CIUDAD DE MEDELLÍN"
los dias 25, 26 y 27 de noviembre de 2009 con una duración de 19 horas.

Gustavo Ortiz Orrego
Presidente

José Dominguez Mejía
Secretario

ACC OMF
SECCIONAL ANTIOQUIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

SECCIONAL ANTIOQUIA

ACC OMF

SYNTHES®

Certifican que el Doctor(a)

DOLLY ANDREA ÁLVAREZ

Asistió al

PRECONGRESO

DEL CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

ACCOMF CIUDAD DE MEDELLÍN

El día 25 de Noviembre de 2009, con una duración de 4 horas.

Dr. Daniel Rey
Presidente ACCOMF

Dr. Gustavo Ortiz Orrego
Presidente ACCOMF Antioquia

Ximena Martínez
SYNTHES

40

41

Clínica Asotrauma

Ibagué, Mayo 27 de 2022

CLINICA ASOTRAUMA S.A.S

NIT.800.209.891-7

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora **DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 65.770.805 expedida en Ibagué, presta sus servicios profesionales en la Entidad como Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, a través de la empresa Maxiorales Centro Radiologico Digital S.A.S identificada con Nit: 900.459.337 desde el 1 de Junio del Año 2005, tiempo en el cual ha demostrado un excelente desempeño profesional.

Su contrato se encuentra vigente.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Atentamente;

MARTIN ALFONSO BOTERO CAÑÓN
Representante Legal

Av. 19 No. 118 – 95 Ofic. 616, Bogotá DC. Tel: 6208730 – 7191451
Cra. 4D No. 32 – 34, Ibagué, Tolima. Tel: (8) 515 3000
www.asotrauma.com.co

41

42

GINOBSCOOP
Cooperativa de Servicios Médicos Especializados de la Salud del Tolima
NIT. 809.005.201-1

LA SUSCRITA GERENTE

DE LA COOPERATIVA DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS DE LA SALUD DEL TOLIMA "GINOBSCOOP"

CERTIFICA QUE:

La Doctora DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS, identificada con cédula de ciudadanía No. 65.770.805 de Ibagué, se encuentra vinculada a esta Cooperativa mediante contrato de prestación de servicios profesionales, desde el 01 de Octubre de 2010 hasta la fecha, desempeñándose en el cargo de Médico Especialista en Cirugía Maxilofacial, de acuerdo a la asignación de actividades determinadas por la Cooperativa con las diferentes entidades con que tiene convenio.

Expedida en Ibagué a los dieciséis (16) días del mes de Enero de 2019, con destino al Interesado.

MARIA NEIFY VARGAS RODRIGUEZ
Gerente

42 B1

43

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD

EL DIRECTOR DE LA DIRECCION DESARROLLO OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

HACE CONSTAR:

Que la Odontóloga, **DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS,** identificada con cédula de ciudadanía No.65.770.805 de. Ibagué, esta autorizada para ejercer en el territorio del Tolima, entrego la documentación y actualmente esta tramitando su Inscripción laboral en el Departamento del Tolima, como **ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado y tiene una validez de dos (2) meses a partir de la fecha de expedición.

Dada en Ibagué, el miércoles 01 de junio 2005.

ALFONSO RICAURTE RIVEROS.

Liana C

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD

EL DIRECTOR DE LA DIRECCION DESARROLLO OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

HACE CONSTAR:

Que la Odontóloga, **DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS,** identificada con cédula de ciudadanía No.65.770.805 de Ibagué, esta autorizada para ejercer en el territorio del Tolima, entrego la documentación y actualmente esta tramitando su Inscripción laboral en el Departamento del Tolima, como **ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado y tiene una validez de dos (2) meses a partir de la fecha de expedición.

Dada en Ibagué, el miércoles 01 de junio 2005.

ALFONSO RICAURTE RIVEROS.

Liliana C.



Estimado,
ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA

¡Nos encanta tenerte como miembro de la familia de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.

Revisa por favor los siguientes enlaces:

- Condicionado de mi seguro de RC médica,
- Guía interactiva del asegurado,
- Certificado de seguro,
- Portafolio.

Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciendo clic aquí.

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

CONFIAS ASESORES DE SEGUROS LTDA
Móvil: 2636351
Email: confias_seguros@yahoo.com

No olvides ingresar a clientes.mapfre.com.co para registrarte en la paltaforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a mapfretecuidamos.com.co para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y siguenos en nuestras redes para estar al tanto de novendades, tips, eventos:

@mapfreco @MAPFRE_CO @MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.

Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

RC MÉDICA MAPFRE

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

R+C MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

INICIACIÓN
Polizá No 3601225000392
Ref.31953107484
Copia

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	IBAGUE	Carrera 5 NO. 37 - 10	IBAGUE

TOMADOR ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA	**NIT / CC** 65770805	**DIRECCIÓN** CL 32 # 4 A - 50	**CIUDAD** IBAGUE	**TELEFONO** 3014592
ASEGURADO ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA	**NIT / CC** 65770805	**DIRECCIÓN** CL 32 # 4 A - 50	**CIUDAD** IBAGUE	**TELEFONO** 3014592
ASEGURADO N.D.	**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO**
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO	**NIT / CC** N.D.	**DIRECCIÓN** N.D.	**CIUDAD** N.D.	**TELEFONO** N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
CONFIAS ASESORES DE SEGUROS LTDA	AGENCIA COLOCADORA	5517	2636351	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
16	12	2025	INICIACIÓN	00:00	16	12	2025	365	INICIACIÓN	00:00	16	12	2025	365
			TERMINACIÓN	00:00	16	12	2026		TERMINACIÓN	00:00	16	12	2026	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	ODONTOLOGÍA¿CON IMPLANTOLOGÍA¿
ESPECIALIDAD	ODONTOLOGÍA¿CON IMPLANTOLOGÍA¿
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	TOLIMA
CIUDAD	IBAGUE



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$750.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	$300.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$750.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	$750.000.000,00	10 % PERD

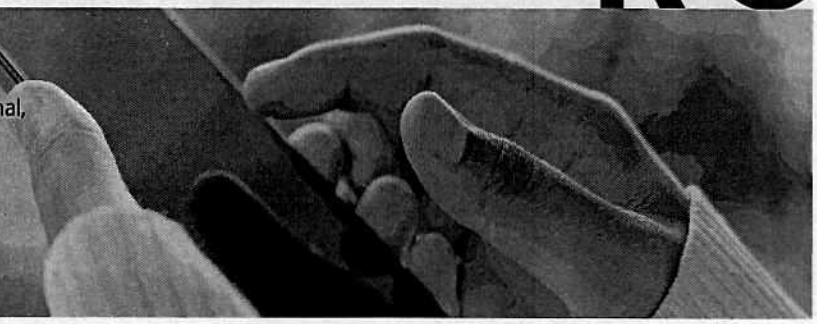
Profesionalmente ... Seguro

R+C

Contacta con nosotros:

MAPFRE si24

Comunícate al
01 8000 519 991 a nivel nacional,
3077024 desde Bogotá,
o desde tu celular al #624
Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co



Aplica el Condicionado General Codigo: 28/05/2024-1329-P-06-00IX00VTE0E3MAY24-D 00126062024

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R. : VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A. : VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

MAPFRE

35

VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 377.027,00	$ 20.000,00	$ 397.027,00	$ 75.435,00	$ 472.462,00

(415)7707289180029(8020)031953107484(3900)0000472462(96)20251216

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIR'Á LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN $1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDIDA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

INSCRIPCION PROFESIONAL
4487/2005-73 764/200

DOLLY ANDREA
ALVAREZ ROJAS



C.C. No. 65770805
REGISTRO PROFESIONAL
764 2000-09-2(

ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL Y MAXILO-FACIAL

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA
ALVAREZ ROJAS

Ha cumplido con los requisitos legales para ejercer en el Departamento del Tolima

ODONTOLOGA

Dennis Amparo Vasquez A.
Secretaria de Salud

Alfonso Ricaurte Alvaros
Director de Desarrollo
Oferta de Servicios

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

C.C. 65.770.805 DE IBAGUE (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

Atención Integral al usuario

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado los días 04 al 09 de NOVIEMBRE de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE NOVIEMBRE DE 2026

DADO EN NEIVA (HUILA) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2024

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 873 6310

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

339

Comprometidos con sus necesidades

8221

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

C.C. 65770805 DE IBAGUE (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

CUIDADO Y DETECCIÓN DEL DONANTE

Realizado los días del 01 AL 02 de NOVIEMBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 02 NOVIEMBRE DE 2027

DADO EN IBAGUE (TOLIMA) A LOS 02 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

Sede CHAPARRAL.
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

8224

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

C.C. 65770805 DE IBAGUE (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Realizado los días del 28 AL 29 de OCTUBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 29 OCTUBRE DE 2027

DADO EN IBAGUE (TOLIMA) A LOS 29 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

Sede CHAPARRAL.
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

8222

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

C.C. 65770805 DE IBAGUE (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Realizado los días del 03 AL 04 de NOVIEMBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 04 NOVIEMBRE DE 2027

DADO EN IBAGUE (TOLIMA) A LOS 04 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

Sede CHAPARRAL.
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

Comprometidos con sus necesidades

8224

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

C.C. 65770805 DE IBAGUE (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Realizado los días del 28 AL 29 de OCTUBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 29 OCTUBRE DE 2027

DADO EN IBAGUE (TOLIMA) A LOS 29 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

Sede CHAPARRAL.
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

8223

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

C.C. 65770805 DE IBAGUE (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Realizado los días del 30 AL 31 de OCTUBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 31 OCTUBRE DE 2027

DADO EN IBAGUE (TOLIMA) A LOS 31 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2025

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

Sede CHAPARRAL.
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989

No. CERTIFICADO: TNEO2025-9128

LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

HACE CONSTAR:

Que la persona con No. de identificación 65770805, NO REGISTRA ANTECEDENTES por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día viernes, 12 de diciembre de 2025 a las 16:08

Esta constancia NO acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 3100 de 2019, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respetivo documento de identificación coincida con el aquí registrado.

La firma mecánica plasmada en este documento tiene plena validez para todos los efectos legales, según lo establecido en la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2150 de 1995.

EDDY MERCEDES TAPIAS ARENAS
Abogada Secretaria

Para verificar la validez de este certificado puede ingresar a la página http://www.tribunaleticaodontologica.org/tneo/validacertifica.aspx o escanee el código QR

44

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 65770805

Primer Nombre: dolly

Primer Apellido: alvarez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7001

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-12-16→8:10:55 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	65770805	DOLLY	ANDREA	ALVAREZ	ROJAS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS identificado(a) con CC 65770805 registra La siguiente información:

2025-12-16→8:10:55 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ODONTOLOGIA	2000-09-26	73764	Colegio Colombiano de Odontologos
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	2005-04-19	4006	Colegio Colombiano de Odontologos

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|BOGOTÁ, D.C.|BOGOTÁ, D.C.	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Odontología	Colegio Colombiano de Odontologos

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

45

2 Dolly maxilo 46



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.770.805.

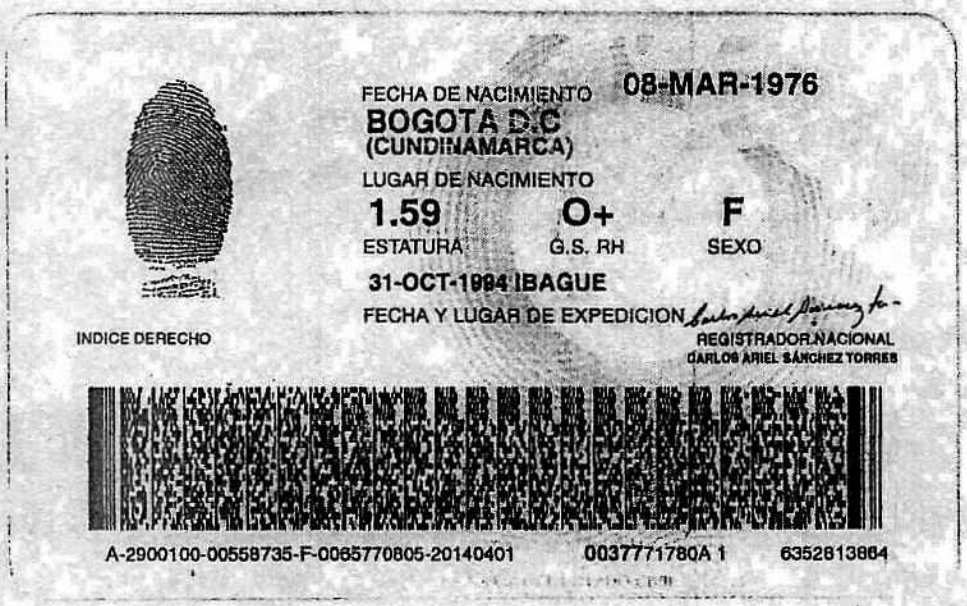
ALVAREZ ROJAS

APELLIDOS

DOLLY ANDREA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1976

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

31-OCT-1994 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900100-00558735-F-0065770805-20140401 0037771780A 1 6352813864

46 47

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14711844525

(415)7707212489984(8020) 000001471184452 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 5 7 7 0 8 0 5	1	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 5 7 7 0 8 0 5

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALVAREZ	ROJAS	DOLLY	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CONJ RESERVAS DEL BOSQUE IN 4 AP 101

42. Correo electrónico: dollyaalvarez@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 0 5 0 6 0 7						2 2 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
52 - Facturador electrónico

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 11-11-2025 04:28:24PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 08 de enero de 2026, a las 16:59:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	65770805
Código de Verificación	65770805260108165947

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 288093564

PIB
16:58:22
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65770805:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:00:24 PM horas del 08/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **65770805**

Apellidos y Nombres: **ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65770805		ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 12 no 69-113 torre 4 apto 101	IBAGUE-TOLIMA	2484258	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2053608467	9497373611	I	2026/01/05	2026/01/02	BANCOLOMBIA	0	$3,193,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,700,000	$0	$0	$1,700,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,700,000	$0	$0	$1,700,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$243,600	$0	$0	$243,600
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$243,600	$0	$0	$243,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,250,000	$0	$0	$1,250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,250,000	$0	$0	$1,250,000
TOTAL				1	$3,193,600	$0	$0	$3,193,600

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65770805		ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 12 no 69-113 torre 4 apto 101	IBAGUE-TOLIMA	2484258	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2053608467	9497373611	I	2026/01/05	2026/01/02	BANCOLOMBIA	0	$3,193,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,000,000	$1,700,000			$10,000,000	$1,250,000			$0	$0			$10,000,000	$243,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,000,000	$1,700,000			$10,000,000	$1,250,000			$0	$0			$10,000,000	$243,600		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$10,000,000	$1,700,000			$10,000,000	$1,250,000			$0	$0			$10,000,000	$243,600		$0	$0
1	CC 65770805	ALVAREZ DOLLY	25-14	30	$10,000,000	$1,700,000	EPS005	30	$10,000,000	$1,250,000		0	$0	$0	14-25	30	$10,000,000	$243,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$10,000,000	$1,700,000			$10,000,000	$1,250,000			$0	$0			$10,000,000	$243,600		$0	$0

2026/01/02 01:07 PM

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, 08/01/2026 04:53:21 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **65770805**

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. **132108700** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Dolly Andrea Alvarez B., identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 65770805, 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;

65770805

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:12:24 horas del 16/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **65770805,** Apellidos y Nombres **ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA**

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2025

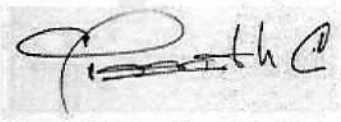
CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 65770805
NOMBRES Y APELLIDOS	Alvarez Rojas,Dolly Andrea
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2007
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Alvarez Rojas,Dolly Andrea, a los 10 días del mes de diciembre del año2025.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **65770805,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de diciembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

SD

Colmena Seguros

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA
IDENTIFICACIÓN:	CC 65770805
NUMERO DE CONTRATO:	5005182
ESTADO ACTUAL DEL CONTRATO:	ACTIVO
INICIO VIGENCIA:	26/11/2024
FECHA INICIO CONTRATO:	26-11-2024
FECHA FIN CONTRATO:	31-12-2050
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente Voluntario
SEDE:	PRINCIPAL
CLASE:	3
TASA:	2,436
CÓDIGO DE OCUPACIÓN:	2261
DESCRIPCIÓN DE OCUPACIÓN:	Odontólogos

La presente se expide a los 16 días del mes de diciembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 16/12/2025 8:19:51. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN ADMINISTRATIVA TALENTO HUMANO	Código: GA-FR-153
		Versión: 2
	FORMATO ACEPTACIÓN DE NOTIFICACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS	Vigente desde: 28/02/2024
		Página: 1 de 1

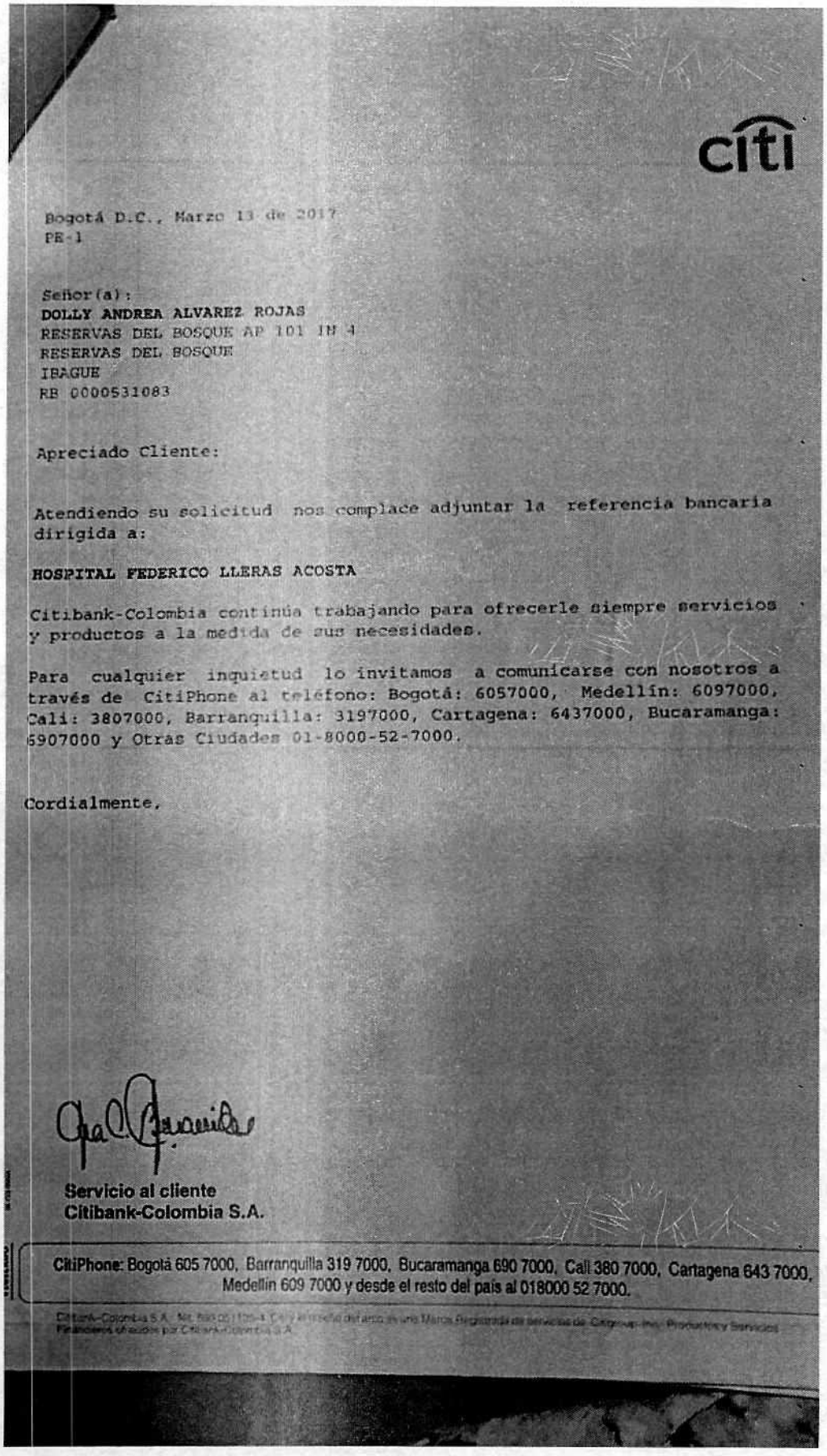
Yo Dolly Andrea Alvarez Rojas, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 65770805 de _____ considerando el artículo 53 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Ley 1437 de 2011, donde se establece que los procedimientos y trámites administrativos podrán realizarse 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 _____ adjuntando el respectivo documento.

Atentamente.

_____

Nombre 65770805
N° de cedula.

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



citi

Bogotá D.C., Marzo 13 de 2017
PE-1

Señor(a):
DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS
RESERVAS DEL BOSQUE AP 101 IN 4
RESERVAS DEL BOSQUE
IBAGUE
RB 0000531083

Apreciado Cliente:

Atendiendo su solicitud nos complace adjuntar la referencia bancaria dirigida a:

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA

Citibank-Colombia continúa trabajando para ofrecerle siempre servicios y productos a la medida de sus necesidades.

Para cualquier inquietud lo invitamos a comunicarse con nosotros a través de CitiPhone al teléfono: Bogotá: 6057000, Medellín: 6097000, Cali: 3807000, Barranquilla: 3197000, Cartagena: 6437000, Bucaramanga: 6907000 y Otras Ciudades 01-8000-52-7000.

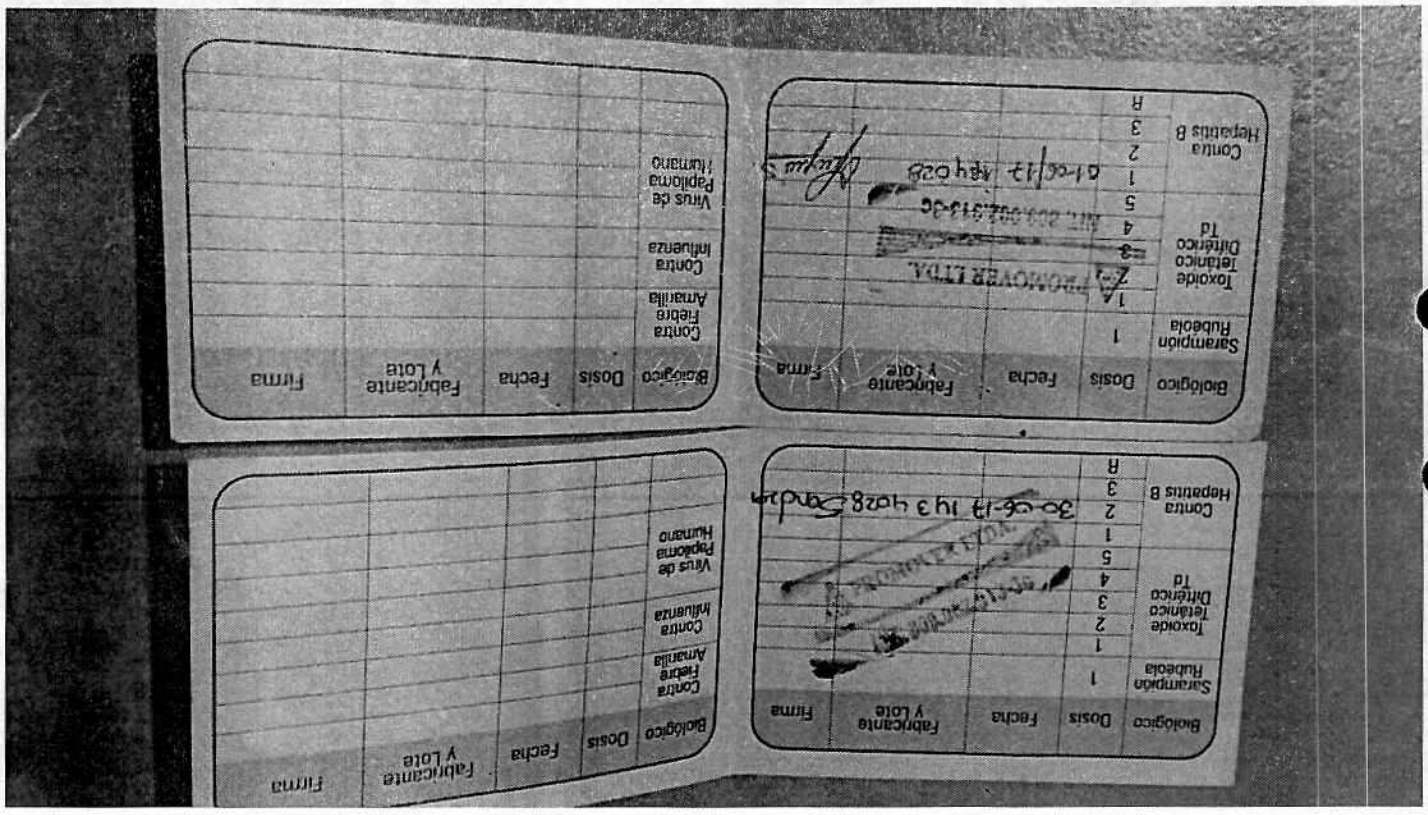
Cordialmente,

Servicio al cliente
Citibank-Colombia S.A.

CitiPhone: Bogotá 605 7000, Barranquilla 319 7000, Bucaramanga 690 7000, Cali 380 7000, Cartagena 643 7000, Medellín 609 7000 y desde el resto del país al 018000 52 7000.

Citibank-Colombia S.A. Establecimiento Bancario. Citi y el arco rojo son marcas registradas de servicios de Citigroup Inc. Productos y Servicios Financieros ofrecidos por Citibank-Colombia S.A.

MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co
La salud es de todos
Minsalud
Certificado de vacunación
Nombres: Dolly Andrea
Apellidos: Nuñez Rojas
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP Otro Cual
No. 65.730.805
Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 03 Año 1976


Biológico
Dosis
Fecha
Fabricante y Lote
Firma
Sarampión Rubeola
Toxoide Tetánico Diftérico Td
Contra Hepatitis B
Contra Fiebre Amarilla
Contra Influenza
Virus de Papiloma Humano

62



Certificado internacional de vacunación o profilaxis

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Certifica que:
Dolly Andrea Alvarez Rojas
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad
8-03-88 F Colombiana
date of birth/ né(e) le Sexe/ de sexe nationality/et de nationalité

Documento nacional de identificación
65770805
national identification document/ document d'identification national

Reglamento Sanitario Internacional
(INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS)

Cuya firma aparece a continuación:
whose signature follows/ dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against
a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre

fiebre amarilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o profilaxis / Vaccine or prophylaxis / Vaccin ou agent prophylactique	Fecha / Date	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación / Signature and professional status of supervising clinician / Signature et titre du clinicien responsable
fiebre amarilla	18/8/2015	H. San Francisco

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis / Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis / Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificado válido / Certificate valid / Certificat valable	
	Desde / From / A partir du	Hasta / Until / jusqu'au
Sanofi P' 25045	18/08/2015	

SECRETARIA DE SALUD
Lucia Martinez
PAI

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	12-08-21	PFIZER	EN1194	USI-ESE	maria olga v	52500691
	2	28-08-21	PFIZER	EN1195	USI-ESE	Mayra Salazar	28550993
		28-12-21	Moderna	005 H21A	ELHOSPITALIPS SEDE IBAGUÉ	Leidy Daniela Torres Cruz Auxiliar de enfermería C.C. 1.106.113.xxx	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	4	20-12-21	PFIZER	20	ELHOSPITALIPS	ANDREA 11 ANOS AUX. ENFERMERIA	
	1	28-12-21					
	2						

idime

Fecha ingreso : 16/12/2025 07:39:31 AM
Fecha de muestra: 16/12/2025 07:39:31 a. m.
Fecha impresion : 16/12/2025 02:24:50 PM

258-E258-052945

No. de Orden	:E258-052945	No. Interno	:E258-052945
Paciente	:ALVAREZ ROJAS DOLLY ANDREA	Edad	:49 a 9 m 8 d
Documento Id	:65770805	Fecha Nacimiento	:08/03/1976
Empresa	:PARTICULAR	Sexo	:FEMENINO
Sede	:IBAGUE LABORATORIO	Teléfono	:3014592471
E-Mail	:dollyaalvarez@gmail.com	No. Autoriza	:

EO%NEU**VSGFOTOMET**RBC**COL**TRIG**HGB**VMP**NRBC**HDL**MCH**WBC**PLAQ**LDL**VCM**NORMO Web**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de

GLICEMIA BASAL SUERO

Tecnica: HEXOQUINASA

Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA 16/12/2025 07:43 AM

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS 412.00 UI/L 0 - 0

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10 IU/L
Reactivo: Mayor o igual a 10 IU/L

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: Electroquimioluminiscencia

Validó: Reg 1095830283 HENRY CASTRO MORALES 16/12/2025 07:43 AM

HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE

HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE (AG HBS) NO REACTIVO 0 - 0

No Reactivo: Menor a 0.9
Indeterminado: Mayor ó igual a 0.9- Menor a 1.0
Reactivo: Mayor o igual a 1.0

Tecnica: Electroquimioluminiscencia

INDICE DEL PACIENTE HBsAg (ECL) 0.27 0 - 0

Valido: Reg 1095830283 HENRY CASTRO MORALES 16/12/2025 07:43 AM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo

16/12/2025 01:03 PM

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

64

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

Fecha: 09-01-2019

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Dolly Andrea Alvarez Rojas

Documento de Identidad: 65770805 de: Ibague

Fecha Nacimiento: 08-03-1976 Edad: 42 Sexo: F

Celular: 3014592471

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

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

Dr. JHON PABLO DUQUE CRUZ

MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

U. del Tolima - Fundacion Universitaria del Area Andina

REGISTRO MD. 73/965- LICENCIA SST 3088/16

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Examen Médico Ocupacional:	Ingreso:	Fecha: D M A: 12-11-25	Periódico	Fecha: D M A	Reintegro	Fecha: D M A	Egreso	Fecha: D M A

1. IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos:	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS	Número de identificación:	65.770.805	de	IBAGUE		
Lugar de nacimiento:	BOGOTA DC	Fecha de Nacimiento:	08-03-76	Sexo: F X M		Edad:	49 años
Estado civil: S C X UL Sep		Escolaridad: Analfabeta:		Media:	Técnica:	Universidad:	Postgrado: X
Dirección:	CRA 12 N 69-113 INT 4 APT 101	Ciudad:	IBAGUE	Teléfono:	3014592471		
Profesión:	ODONTOLOGA	Cargo:	CIRUJIA MAXILOFACIAL	Empresa:	H REG DEL LIBANO		
E.P.S.(Salud)	SANITAS	A.F.P. (Pensiones)	COLPENSIONES	A.R.P. (Riesgos)	COLMENA		

2. Concepto:

*El Doctor **JHON PABLO DUQUE CRUZ** médico especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante el examen de aptitud física, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, certifica que la persona identificada en el numeral 1. es:*

X	
Apto con restricciones que no interfieren con su trabajo normal:	
Apto con restricciones que limitan su trabajo normal	
Aplazado	
No Apto	

Diagnóstico:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONA	ASTIGMATISMO	HIPERMETROPIA		

3. CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO

Normal:	Si	No	Describir		Remisión:	Si	No	EPS		ARP	

4. CONCEPTO MEDICO DE RETIRO

Normal:	Si	No	Describir		Remisión:	Si	No	EPS		ARP	

5. Recomendaciones médicas ocupacionales

Para el Trabajador:	INDUCCION AL PUESTO DE TRABAJO, ERGONOMIA, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMNTOS DE BIOSEGURIDAD EN AREAS DE RIESGO
Para el área de trabajo:	

6. Restricciones medicas ocupacionales:

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

DR. JHON PABLO DUQUE CRUZ MD SST
REGISTRO MÉDICO: 73/965
LICENCIA SST: 3088/16

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS
65.770.805

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-01-15 08:55

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DOLLY	ANDREA	ALVAREZ	ROJAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	65770805

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$200.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$200.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$350.000.000,00
MUEBLE	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$100.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO	$500.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE GESTIÓN 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 la materia.

CERTIFICA

Que revisada la planta de personal permanente y temporal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E., se determinó que no existe personal de planta necesario para prestar los servicios de **Maxilofacial.**

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 _____

ANGELICA DEL PILAR TRUJILLO PEÑA
Profesional Especializada Gestión del Talento Humano

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

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS 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 natural que preste el servicio de cirugia maxilofacial, 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 la Dra. DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS identificada con el cedula de ciudadania N. 65,770,805.

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, la Dra. DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS, se encuentra apta para prestar los servicios para el desarrollo de los procesos y procedimientos quirúrgicos que requieran Atención en cirugia maxilofacial para el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E. por sus condiciones de idoneidad y experiencia.

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

NOMBRE PERSONA A CONTRATAR	DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS		
TITULO PROFESIONAL	ODONTOLOGA		
FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS	12/08/2000	**No. TARJETA PROFESIONAL**	65770805
		FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL	26/09/2000
POSTGRADO	ESPECIALIDAD - CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL- 19-04-2005		
	SUB-ESPECIALIDAD - Título fecha		
PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD	Título universitario Odontologo, Especialista en MAXILOFACIAL Experiencia Un año de experiencia en la Especialidad de MAXILOFACIAL		

EXPERIENCIA ACREDITADA

EMPRESA O ENTIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	TIEMPO LABORADO O EJECUTADO
GINOBSCOOP	1/10/2010	16/01/2019	99 MESES Y 15 DIAS
TIEMPO TOTAL CERTIFICADO			99 MESES Y 15 DIAS

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

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

En consecuencia, certifico que ICORPORACION MEDICA DE ESPECIALIDADES CRITICAS COMECRI 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 los servicios para el desarrollo de los procesos y procedimientos quirúrgicos que requieran Atención en ANESTESIOLOGIA, para el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.

FECHA DE VALIDACION HOJA DE VIDA	30/12/2025
Dado en Ibagué a los	

NOMBRE: VICTOR ORMANDI RODRIGUEZ
CARGO : Profesional Especializado Unidad Funcional Quirurgicos

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

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

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

RECEPTOR:

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

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha: 8 enero 2026 Ciudad: IBAGE.

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Dolly Andrea Alvarez Rojas

No. C.C : 65770 805

FIRMA:

65770805

Federico Lleras Acosta	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 X Proveedores y Contratistas

__ Veedor __ Empleado o Exempleado | Otro. ¿Cual? _____

FINALIDAD

La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL.

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibague. a los ( ) 8 días del mes de enero del Año 2026.

Firma: _____

Nombre: Oddy Andrea Alvarez Diego

C.C No: 65770305 **de:** IBAGUE.

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_____

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

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Anual___

Al momento de la vinculación___

Yo Dolly Andrea Alvarado Mejia identificado(a) con cédula de ciudadanía N.° 65790805 de Ibagué vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

Directivo___
Ordenador del gasto___
Supervisor de contrato___
Responsable del proceso de inspección y vigilancia_____
Interventor___
Responsable del control interno_____
Responsable del proceso de contratación_____
Responsable de la pagaduría_____
Responsable de la tesorería_____
Otro ____ ¿Cuál?_____

en el cargo específico o contrato: Servicios Profesionales en la siguiente dependencia o área de trabajo: Unidad Cumplimiento Misional

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

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

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

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

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

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

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

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

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

Otro interés particular

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

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:
Firma del (la) declarante: Dolly Alvarez
Cédula de ciudadanía N.° 65790805 de Ibagué
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: _____
Cédula de ciudadanía N.° _____ de _____

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

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 65770805 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 08/01/2026 05:09 PM

Código Verificación: **RQTZMJSW1D**

Válida hasta: **08/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

80

Fecha: Ibagué,

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Número del Contrato:

Nit: 65.770.805

Contratista: DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

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: $80.000.000.00

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

Contratar la prestación de servicios asistenciales especializados de Cirugía Maxilofacial para garantizar el desarrollo oportuno de los procesos y procedimientos quirúrgicos requeridos por los usuarios del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E. de cuatro (4) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, y previo el cumplimiento de los requisitos de ejecución

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

VICTOR ORMANDI RODRIGUEZ
Profesional Especializado Unidad Funcional Quirúrgicos

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___

Diligenció	
Nombre:	Firma:
Fecha:	

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

Comprometidos con sus necesidades

9853

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

DOLLY ANDREA ALVAREZ ROJAS

CC, 65770805 DE IBAGUE (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER EN

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Realizado los días del 30 AL 31 de DICIEMBRE de 2025, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 31 de DICIEMBRE del año 2027

DADO EN IBAGUE (TOLIMA) A LOS 31 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2025

CESAR GERMAN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

Sede CHAPARRAL.
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

18