Promover SAS.

LISTADE CHEQUEO PERSONA JURIDICA-ASISTENCIAL						
N°	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
	ETAPA PREPARATORIA					
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA	1	X			
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo	3-14	X			SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	15	X			SUPERVISOR
	ETAPA PRECONTRACTUAL					
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II	16	X			
5	PROPUESTA	17	X			
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma Gerente)	18	X			SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II DEL REPRESENTANTE LEGAL	19-21	X			
8	HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA DE PERSONA JURIDCA	22	X			
9	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%	23	X			
10	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	24	X			
11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	25	X			
12	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	26	X			
13	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA REPRESENTANTE LEGAL (menor a 3 meses)	27	X			
14	RUT DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	28-36	X			
15	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA (menor a 3 meses)	38-40	X			
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	41	X			
17	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA DE LA EMPRESA (menor a 3 meses)	42	X			
18	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDAMENTE FIRMADA POR EL GERENTE O REVISOR FISCAL (según el caso anexar fotocopia de la cedula; tarjeta profesional y certificado de la junta central de contadores del revisor fiscal)	43-48	X			
19	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE **BIENES Y RENTAS** Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA JURIDICA-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019	49-52	X			
20	GA-FR-105-FORMATO CONOCIMIENTO CLIENTES PERSONA JURÍDICA (revisado previamente por el área encargada)	53-54	X			
21	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)	55	X			SUPERVISOR
22	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)	56	X			SUPERVISOR
23	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (firma representante legal)	57-58	X			
24	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (firma representante legal)	5960	X			
25	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES (firma representante legal)	61	X			
26	POLIZA - Responsabilidad medica vigente de la EMPRESA o de cada uno de los especialistas que van a desarrollar el contrato (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)	62	X			
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	63	X			
27	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPENAN LA FUNCION, ANEXANDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:					
27.1	CERTIFICADOS DE ESTUDIO (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	GA-	X			
27.2	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	—	X			
27.3	SOPORTE VITAL AVANZADO				X	
27.4	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)				X	
27.5	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)				X	
27.6	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)				X	
27.7	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)				X	

27.8	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)				X	
27.9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-politica de humanización en conjunto con el programa de humanización)	—	X			
27.10	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)				X	
27.11	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)		X			
27.12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA				X	
27.13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%		X			
27,14	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)		X			
27,15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)		X			
27,16	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)		X			
27,17	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)		X			
27,18	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)		X			
27,19	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (Ley 1918 de 2018; https://inhabilidades.policia.gov.co)		X			
27,2	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)		X			
27,21	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)		X			
27,22	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION		X			
27,23	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)				X	
27,24	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)		X			
27,25	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN		X			
27,26	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		X			
27,27	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	-123	X			
27,27	SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL					SUPERVISOR
	ETAPA CONTRACTUAL					
28	CONTRATO					JURIDICA
29	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
30	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- responsabilidad medica profesional aprobadas)					
31	RECIBO PAGO PÓLIZAS					
32	ESTAMPILLAS (Si aplica)					
33	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					
34	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
35	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
	TOTAL FOLIOS					

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

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

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

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

ENTREGA

RECIBE

REVISA

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

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

INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER NOMBRE	ADRIANA		SEGUNDO NOMBRE	MILENA					
PRIMER APELLIDO	PARDO		SEGUNDO APELLIDO	VIÑA					
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	9/08/1974	LUGAR DE NACIMIENTO	IBAGUE		TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	X	CE	
NÚMERO DE DOCUMENTO	65,762,622	LUGAR DE EXPEDICIÓN		IBAGUÉ	CELULAR	3175099795		TELEFONO	6082739402

ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACION DE DOCUMENTOS	SI	X	NO		NUMERO DEL CONTRATO		FECHA DE TERMINACION	

LISTADO PERSONAS CONTRATADAS PARA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE COMPETO	NUMERO DE CEDULA	PROFESION	ESPECIALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEDE DONDE PRESTA LOS SERVICIOS	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	EPS	PENSION	ARL	NUMERO DE POLIZA MEDICA VIGENTE (SI APLICA)
DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA	1101693925	AUXILIAR DE ENFERMERIA		24/06/1995	30	PROMOVER SAS	32024557986	vacunacion@promoversas.com.co	SALUD TOTAL EPS	PROTECCIÓN	POSITIVA	N/A
JOHANNA SANCHEZ ESPINOSA	1033763899	AUXILIAR DE ENFERMERIA		4/03/1994	31	PROMOVER SAS	3022330426	vacunacion@promoversas.com.co	SALUD TOTAL EPS	PORVENIR	POSITIVA	N/A

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

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

E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	
ESTUDIO PREVIO SELECCIÓN DE CONTRATACIÓN	
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL	
Fecha de elaboración del Estudio previo	Enero de 2026
Nombre del funcionario que diligencia el Estudio previo	**GEINY LORENA DUARTE ESPINOSA**
Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato	Unidad Funcional de Internación Médica
Dependencia solicitante	Unidad Funcional de Internación Médica
Tipo de Contrato	Prestación de Servicios
Presupuesto Oficial	DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS $ 12.600.000 MCTE
Rubro del Presupuesto Oficial	2.4.5.02.09.9.3.1.9.9.01 OTROS SERVICIOS SANITARIOS N.C.P
Descripción de la Necesidad	
Justificación	El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E. es una entidad referente Departamental de la red pública de mediana y alta complejidad en el Tolima, el cual presta servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo, Secretaría de Salud Departamental y Secretaría de Salud Municipal, Entidades de Régimen Especial (Policía Nacional, Ejército, PPL), además de las necesidades de otras entidades prestadoras del servicio de salud, teniendo en cuenta que es la única Institución Pública que presta servicios de alta complejidad en el Departamento del Tolima. Dentro del modelo de atención por procesos del Hospital Federico Lleras Acosta, se cuenta con el proceso de Prestación de Servicios de Internación Médica, del cual hacen parte los servicios de atención de partos y Unidad de Cuidado Intensivo Neonata UCIN, en los cuales debe garantizarse la vacunación con las primeras dosis del recién nacido, de acuerdo a las disposiciones de la normatividad vigente en atención en salud. En cumplimiento de su misión y en procura de salvaguardar el derecho fundamental a la atención integral en salud de todos los usuarios que como entidad del Estado tiene el Hospital, se llevan a cabo las acciones necesarias que den cumplimiento a la Ley 1751 de 2015 en donde se establece la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; de igual forma a partir de la adopción de la Política de Atención Integral en Salud PAIS por medio de la resolución 0429 de 2016, se contempla como componente operativo la implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS que corresponden a aquellas herramientas de uso obligatorio por parte de los diferentes integrantes del SGSSS, entre otros, Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades territoriales, prestadores de servicios de salud, en las que se establecen las condiciones necesarias para a asegurar la integralidad en salud.

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

Descripción y Especificaciones del objeto a contratar		
Objeto del Contrato	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E.	
Identificador con el clasificador de bienes y servicios		
Segmento	80	Servicios de Salud, servicios profesionales.
familia	10	Práctica Médica
Clase	15	Servicios de Médicos Especialistas
Producto 1		

Especificaciones Técnicas	Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento:

	El servicio de vacunación se realizara bajo la modalidad de contratación por evento, el cual se compone de la aplicación a cada recién nacido atendido en sala de partos del Hospital Federico Lleras Acosta de las dosis correspondientes al recién nacido de acuerdo al esquema del PAI (aplicación vacuna BCG y hepatitis B del recién nacido); cada dosis de biológicos – será reconocida por un valor de SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($7.262) teniendo en cuenta que dicho procedimiento incluye de forma integral todas las actividades necesarias para garantizar la prestación del servicio en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E, las cuales se describen a continuación: • Disponibilidad 24 horas del servicio de vacunación para los recién nacidos que se encuentran en el Hospital Federico Lleras Acosta. • Personal calificado en los últimos dos (2) años en la aplicación de vacunas y en esquema de vacunación de acuerdo al Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. • Disponibilidad de los inmunobiológicos BCG y anti Hepatitis B, para su correspondiente aplicación en el Hospital Federico Lleras Acosta, cumpliendo con los lineamientos de cadena de frio emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que se asegure la correcta conservación, almacenamiento y transporte de vacunas, bajo estándares de calidad. • Disponer de todos los insumos y materiales necesarios para la aplicación de los inmunobiológicos, incluyendo los equipos de protección personal del talento humano vacunador y los elementos para garantizar la correcta disposición de residuos peligrosos y no peligrosos producto de la actividad. • Entregar a las madres, padres o cuidadores de los recién nacidos el carné de vacunación con las dosis aplicadas debidamente diligenciadas, dejando soporte de la actividad en la historia clínica. • Garantizar todas las actividades administrativas producto de la vacunación dentro de las que se encuentran: a) Consolidado de base de datos de los recién nacidos vacunados mes a mes. b) Resultado de la validación de la base de datos de recién nacidos vacunados frente a los nacidos vivos del Hospital Federico Lleras, en la cual coincida la información de los recién nacidos vacunados y se encuentren las observaciones de los casos especiales que no fueron vacunados en el mes vigente (fallecidos, bajos de peso para la vacunación, remitidos, entre otros). c) Registro en la PAI-WEB de los recién nacidos vacunados durante el mes vigente, coincidente con la base de datos de recién nacidos vacunados. Seguimiento de los casos especiales que no fueron vacunados en el mes vigente, anotando las acciones realizadas para garantizar la vacunación de los menores.

Plazo del Contrato	Cuatro (4) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.
Lugar de Ejecución del Contrato	Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.
Forma de Pago	MODALIDAD: POR EVENTO El contratante pagará el valor del contrato de la siguiente manera: El recién nacido vacunado de acuerdo al programa ampliado de inmunización (PAI) dosis de biológico: SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($7.262.000) cada una, teniendo en cuenta que el proveedor incluye su recurso humano, los equipos e insumos biológicos requeridos para garantizar la prestación del servicio. Para el pago, el CONTRATISTA deberá aportar la siguiente documentación 1. Informe de Producción (reporte de actividades realizadas durante el mes: relación de turnos realizados durante el mes. Debe estar al día con el registro de los hechos vitales de acuerdo a información que suministre el técnico de estadística). 2. Certificado de paz y salvo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales del correspondiente periodo. 3. Informe de supervisión 4. Acta de inicio (primera cuenta). 5. Afiliación a la ARL (primera cuenta). 6. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de acuerdo al período certificado. 7. Factura de acuerdo a las normas tributarias 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:	DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS $ 12.600.000 MCTE

ESTUDIOS DE MERCADO

Para efectos del cálculo del presupuesto se realizó el análisis económico del valor estimado del contrato, basándose en los contratos celebrados y ejecutados en la vigencia 2022, 2023 y 2025 por el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. a continuación de relaciona información de los mismo para efectos de soportar el estudio:

N° CONTRATO	PLAZO	VALOR
0606 de 26/10/2022	3 meses	$39.369.990
0598 de 24/10/2023	3 meses	$39.369.990
0123 de 08/02/2024	8 meses	$128.409.600
0470 de 16/05/2025	6 meses	$ 15.510.000

De conformidad a la idoneidad y a la experiencia aportada para el análisis y elaboración del estudio previo, se tiene que el presupuesto oficial aquí asignado es equivalente a lo históricamente proyectado y contratado por el Hospital Federico Lleras Acosta ES.E.

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.
	Responsabilidad civil Extracontractual	para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato su cuantía se establecerá	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV.	La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato.

		Póliza de responsabilidad médica:	Para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV.	vigencia corresponderá al plazo del contrato.
		Calidad del bien del servicio	Para precaver los perjuicios que se deriven de la falta de calidad en la ejecución de las actividades que se demuestren durante la ejecución del contrato o incluso después de éste.	El valor de la garantía deberá ser por lo menos del 20% del valor del contrato.	La vigencia será por el término de ejecución del contrato y un año más
		De pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización	Cubrir a la entidad pública asegurada de los perjuicios que se le ocasionen como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista garantizado, frente al personal requerido para la ejecución del contrato amparado.	Su cuantía será de por lo menos el Cinco por ciento (5%) del valor del contrato.	Plazo total del contrato y tres (3) años más.
Obligaciones del Contratista		**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. Obrar con diligencia en los asuntos a él encomendados. 2. Diligenciar de los registros de su competencia: historia clínica electrónica, ordenes médicas, evoluciones médicas, epicrisis, diligenciamiento de incapacidades médicas, registro de nacido vivo y registro de defunción, fichas epidemiológicas de eventos de interés en salud pública con calidad y oportunidad; cumpliendo con las normas sobre manejo de la historia, documentos clínicos y sobre la confidencialidad de la información o el secreto profesional, para tener documentado el proceso asistencial. 3. Asistir, preparar, presentar, analizar, construir y ejecutar los planes de mejoramiento de casos de interés en salud pública, seguridad del paciente, solicitudes de las entidades pagadoras y de control donde sea convocado. 4. Brindar debida respuesta oportuna a los requerimientos efectuados por los entes de control, por entidades y/o personas que así lo soliciten. 5. Realizar el registro de los hechos vitales en RUAF con calidad y oportunidad y realizar las correcciones de las inconsistencias que se

	identifiquen de manera inmediata cuando se requieran por parte de estadística o del supervisor del contrato. En caso de no obtener respuesta se considera incumplimiento del objeto del contrato. 6. Registrar diariamente los procedimientos, actividades e intervenciones realizados a los pacientes, con sus respectivos códigos, con el fin de mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, incluyendo los formatos especiales tales como el NO-POS, MIPRES, RUAF, RIPS etc. 7. En lo que le corresponda a la Historia Clínica de un paciente, ésta debe ser el reflejo exacto y completo de las condiciones de salud de aquel, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 1.995 del año 1.999, expedida por el Ministerio de la Protección Social y las demás normas que regulen la materia, por lo cual el contratista se obliga a elaborar una Historia Clínica que reúna las siguientes características: COMPLETA: Esto es que contenga la totalidad de la información relevante sobre los antecedentes del paciente, diagnóstico, tratamiento y en general que se consigne de manera clara e integra la información que requiere un profesional de la medicina para conocer y atender en forma adecuada a una persona. COHERENTE: La Historia Clínica es un documento que elaboran varias personas a lo largo del tiempo. El contratista entiende que cada anotación es un elemento integrante de un todo y se obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite elementos importantes a las siguientes. SUSTENTADA: La Historia Clínica debe estar soportada en estudios científicos. 8. Realizar la debida clasificación y diligenciamiento en la historia clínica y demás herramientas que disponga la entidad para la clasificación de CIE-10 y la codificación CUPS correctas según resolución 2336 de 2023 o la norma que las modifiquen, La presente obligación será medida con el fin de garantizar la calidad de la información para el cumplimiento de los objetivos en el proceso de la radicación de las facturas de reconocimiento y pago de los servicios prestados por parte de las diferentes EAPB, teniendo en cuenta a normatividad Decreto 780 de 2016, aplicación de la resolución RIPS resolución 2275 de 2023. 9. El contratista acepta conocer que el ejercicio de la profesión médica está enmarcado dentro de unos criterios científicos generalmente aceptados y apartarse injustificadamente de ellos puede ser un indicio en contra de la diligencia e idoneidad del profesional. 10. El contratista debe desarrollar el contrato cumpliendo con los estándares de habilitación y calidad establecida en la normatividad legal vigente, so pena de dar por terminado el contrato en caso de no ser así. 11. Mantener comunicación con usuarios, familia y equipo de salud sobre el estado de salud del paciente y el plan de atención, para lograr la adherencia al tratamiento. 12. Actualizar, socializar, conocer y aplicar las guías de atención

	médica, establecidas en la institución, propias de la especialidad médica que soporte el actuar médico, las tomas de decisiones y las conductas. 13. Realizar el proceso de obtención y diligenciamiento del consentimiento informado para todos los procedimientos o tratamientos que lo requieran. 14. Asistir y recibir capacitación en aspectos relacionados de su especialidad y administrativos, que respondan al direccionamiento estratégico institucional con el fin de mantenerse actualizado para la prestación del servicio con calidad. 15. Asistir a las reuniones programadas por la institución, incluyendo comités de infecciones, revisiones de caso, comités de morbimortalidad, complicaciones quirúrgicas y anestésicas. 16. Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en las RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS): 1.- RIA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD en el curso de vida, 2. RIA MATERNO PERINATAL 17. Garantizar que las ayudas diagnósticas ordenadas durante la ruta de atención del paciente de los diferentes servicios se interpreten en la historia clínica. 18. Para efectos de los recobros de la glosa, estos operarán cuando las objeciones superen el 2% de la facturación, por debajo de esta cifra no habrá recobro al CONTRATISTA, esto sin perjuicio del análisis que se haga de las mismas para implementar los planes de mejoramiento. El procedimiento de recobros tendrá en cuenta los siguientes aspectos: 1. Cuando la glosa sea por no pertinencia demostrada, se glosará el total de los honorarios de la misma. 2. Cuando la glosa sea por condiciones del manual contratado, como mayor valor cobrado, se descontará al CONTRATISTA la diferencia entre el mayor valor cobrado y el valor reconocido. En general aplicarían las condiciones del manual contratado, se aplicará el 100% de la glosa de honorarios en lo que exceda en relación con el valor facturado por el CONTRATISTA. 3. Para las demás causas de glosa se aplicará si supera el 2% de la facturación. 19. Las respuestas de las glosas de pertinencia deberán ir sustentadas en las guías de manejo integral del Hospital. 20. Cuando se identifique que durante la auditoría de la cuenta hubo un mayor valor cobrado pagado al especialista, se descontará la diferencia de los honorarios. 21. Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el Hospital cuenta con firma digital, por lo tanto, todo contratista asistencial debe registrar su firma en el área de sistemas; solo a través de este procedimiento se puede firmar la historia clínica. Esto da a la historia clínica el carácter de documento privado, identifica el autor de cada anotación y precisa el momento en que cada profesional interviene. Es responsabilidad del contratista el manejo y confidencialidad de su clave y es responsable por el uso indebido por parte de terceras personas a quien le sea dada a conocer la clave por el contratista.

	22. Desarrollar las actividades según la agenda definida previamente, garantizando el cumplimiento de los estándares de productividad mínima. El incumplimiento de esta generara la no cancelación de las actividades no realizadas y si el incumplimiento es reiterativo se impondrán las multas que se encuentren en el contrato. 23. Reportar en los formatos establecidos para tal fin, los incidentes o eventos adversos que identifique durante su trabajo en la institución y participar en los análisis y elaboración de los planes de mejoramiento cuando sea necesario. 24. Emitir conceptos o peritajes medicolegales y asistir a las citas relacionadas con responsabilidad médica, con el fin de cumplir con las obligaciones como auxiliar de la justicia. 25. Participar en el desarrollo de los planes, programas y proyectos de su unidad funcional y especialidad, para contribuir al cumplimiento de la plataforma estratégica institucional. 26. Participar en comités y grupos en los que haya sido incluido para el desarrollo de la plataforma estratégica. 27. Cumplir y hacer cumplir todas las normas de bioética y ética establecidas, para garantizar el respeto de los derechos de los pacientes y el ejercicio responsable de la profesión. 28. Conocer y aplicar los elementos del Modelo Estándar de Control Interno o del Modelo Integral de Planeación y Gestión y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que integran el Sistema de Gestión del Hospital "SIG" y en general todas las normas y reglamentos ejerciendo autocontrol, autogestión y auto regulación, en todas las actividades que se realicen durante el desarrollo del objeto contractual. 29. Portar el carné de identificación; los costos de estos los asume el contratista, en caso de no usarlos, se considera incumplimiento del contrato. 30. Utilizar y portar todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades y propender por el autocuidado de su salud y el cuidado de la salud de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades 31. En caso de disminución en la demanda de servicios, daños estructurales o mejoras de las mismas, o cualquier otra novedad que disminuya la capacidad instalada en el momento de la prestación del servicio, la Institución informará en un plazo no menor a un (1) día calendario, la no necesidad del servicio, notificándole telefónicamente y/o vía electrónica y solo se pagaran las horas efectivas ejecutadas durante el desarrollo de las actividades del objeto contractual. 32. En caso de incumplimiento reiterativo del objeto contractual debidamente documentado por el supervisor del contrato, el Hospital podrá de manera unilateral dar por terminado el respectivo vínculo contractual. 33. Actuar con honestidad, responsabilidad, amabilidad, disciplina y excelente atención al paciente hospitalizado, médicos internos y residentes y demás personal de institución. El maltrato físico o

	verbal a cualquier persona será causa de terminación unilateral del contrato. 34. 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. 35. Realizar las demás actividades que surjan con ocasión de la ejecución del presente contrato, previamente avaladas por la supervisión del presente contrato **OBLIGACIONES ESPECIFICAS:** **ATENCION EN AREAS DE INTERNACIÓN MEDICA Y URGENCIAS** 1. Atención diaria del paciente internado en el servicio de hospitalización, unidad de cuidados intensivos o urgencias según programación, de acuerdo a los procesos asistenciales establecidos en la institución. 2. La revista en los servicios de internación médica debe realizarse antes de la 9:00 am, de acuerdo a la programación de la revista. 3. Realizar registros en historia clínica de las valoraciones diarias de los pacientes a su cargo, las evoluciones diarias deben registrarse antes de la 2:00 pm para la revista de la mañana y antes de las 6:00 pm para la revista de la tarde. 4. Gestión y respuesta de interconsultas en los servicios de la institución donde se genere la solicitud, dentro de las 24 horas siguientes a su solicitud y justificando su estancia. 5. Realización de procedimientos de su competencia en el servicio con oportunidad, pertinencia y racionalidad. 6. Participación y registro en la historia clínica de las juntas medicas que sea convocado. 7. Brindar información a cuidador y/o familiares sobre el estado de salud del paciente, requerimiento de procedimientos, plan de manejo médico y pronóstico de la enfermedad
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 numeral 7.2. CAPITULO VI: DE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN EN LOS QUE LA ENTIDAD ACTÚA COMO OFERENTE Y CONTRATISTA en el enciso 7.4.7. Contratación Directa B) SIN IMPORTAR CUANTÍA, numeral 10) Para la contratación de Prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la gestión o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales.
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	El servicio de vacunación se realizara bajo la modalidad de contratación por evento, el cual se compone de la aplicación a cada recién nacido atendido en sala de partos del Hospital Federico Lleras Acosta de las dosis correspondientes al recién nacido de acuerdo al esquema del PAI (aplicación vacuna BCG y hepatitis B del recién nacido); cada dosis de biológicos – será reconocida por un valor de SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE ($7.262) teniendo en cuenta que dicho procedimiento incluye de forma integral todas las actividades necesarias para garantizar la prestación del servicio en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E, las cuales se describen a continuación: • Disponibilidad 24 horas del servicio de vacunación para los recién nacidos que se encuentran en el Hospital Federico Lleras Acosta. • Personal calificado en los últimos dos (2) años en la aplicación de vacunas y en esquema de vacunación de acuerdo al Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. • Disponibilidad de los inmunobiológicos BCG y anti Hepatitis B, para su correspondiente aplicación en el Hospital Federico Lleras Acosta, cumpliendo con los lineamientos de cadena de frio emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que se asegure la correcta conservación, almacenamiento y transporte de vacunas, bajo estándares de calidad. • Disponer de todos los insumos y materiales necesarios para la

aplicación de los inmunobiológicos, incluyendo los equipos de protección personal del talento humano vacunador y los elementos para garantizar la correcta disposición de residuos peligrosos y no peligrosos producto de la actividad.

- Entregar a las madres, padres o cuidadores de los recién nacidos el carné de vacunación con las dosis aplicadas debidamente diligenciadas, dejando soporte de la actividad en la historia clínica.
- Garantizar todas las actividades administrativas producto de la vacunación dentro de las que se encuentran:

a) Consolidado de base de datos de los recién nacidos vacunados mes a mes.

b) Resultado de la validación de la base de datos de recién nacidos vacunados frente a los nacidos vivos del Hospital Federico Lleras, en la cual coincida la información de los recién nacidos vacunados y se encuentren las observaciones de los casos especiales que no fueron vacunados en el mes vigente (fallecidos, bajos de peso para la vacunación, remitidos, entre otros).

c) Registro en la PAI-WEB de los recién nacidos vacunados durante el mes vigente, coincidente con la base de datos de recién nacidos vacunados.

Seguimiento de los casos especiales que no fueron vacunados en el mes vigente, anotando las acciones realizadas para garantizar la vacunación de los menores.

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 mayoria de circunstancias	5	Catastrófico	5
			De la Naturaleza				
			Ambientales				
			Tecnológ				

	icos

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.

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

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad
1	General	Interno	Ejecución	Operacional	Ocurre cuando se presentan demoras por parte de la Entidad en las aprobaciones previas de los productos y/o informes desarrollados por el contratista.	Afecta el cumplimiento de las obligaciones del contratante a cargo del Supervisor del contrato, relacionadas con la aprobación de productos y/o informes, y genera retraso en el trámite de pago a favor del contratista.	Moderado	Moderado	Medio	Media
2	General	Interno	Contratación	Financiero	Se presenta cuando la entidad no cuenta con los recursos para pagar el valor del contrato en los plazos establecidos.	Genera mora de la entidad en el pago que puede afectar al contratista, hasta el punto de romper la ecuación económica del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja
3	General	Externa	Ejecución	Regulatorio	Se presenta por la expedición de normas que impongan nuevos tributos, impuestos o cargas parafiscales, que pueden afectar el equilibrio económico del contrato.	Genera una carga adicional a las previstas, que puede afectar a cualquiera o a las dos partes del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja
4	General	Externa	Ejecución	Financieros	Los efectos derivados de las variaciones en los precios de mercado de los elementos a suministrar.	Afecta la entrega oportuna de los elementos objeto de compra	Probable	Alto	Alto	Alto

Forma de Mitigarlo:

No.	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento			¿Afecta el equilibrio económico	Persona responsable por implementar el tratamiento	Monitoreo y revisión	
			Probabilidad	Impacto	Calificación			¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	Aplicación de las disposiciones legales y ajuste de los procesos internos de la entidad.	Raro	Insignificante	Baja	No	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	Cumplimiento de procedimientos y fechas pactadas de entrega.	Permanente
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. Se entiende que los bienes o servicios suministrados cumplen con las normas vigentes nacionales y las internacionales que para tal caso rigen.
Informes y evaluación:	El futuro contratista deberá presentar informes en los que dé cuenta de las actividades desarrolladas, con la siguiente periodicidad: mensuales, los cuales deben estar aprobados por el supervisor del contrato. La Entidad Estatal contratante se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, informes sobre la ejecución del contrato y los avances, junto con los documentos que lo soportan. La Entidad Estatal contratante evaluará periódicamente el desempeño del Contratista durante el desarrollo del objeto contractual, con arreglo a los criterios de evaluación que haya aprobado para el efecto.
Declaraciones del contratista	El futuro contratista hace las siguientes declaraciones: Conoce y acepta los Documentos del Proceso Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato. Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente. El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones, relacionados 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 éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. En caso de adjudicación del contrato el contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños. En caso de adjudicación del contrato autoriza al HOSPITAL FEDERICO

	LLERAS ACOSTA, verificar los títulos y demás documentos presentados en la oferta.
Responsabilidad:	El contratista en caso de salir adjudicatario será responsable por el cumplimiento del objeto contractual y será responsable por los daños que ocasionen sus empleados, los empleados de sus subcontratistas, al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE DE IBAGUE TOLIMA en la ejecución del objeto Contractual.
Propiedad Intelectual:	Si de la ejecución del futuro contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a Hospital Federico Lleras Acosta de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados a Hospital Federico Lleras Acosta por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros.
Confidencialidad	En caso de que exista información sujeta a reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. Para el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, la Historia Clínica de los Pacientes gozan de Reserva Legal.
Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato:	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el Contrato, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato. 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 contratante de la misma y solicitar su consentimiento. Si la operación pone en riesgo el cumplimiento del Contrato, Hospital Federico Lleras Acosta exigirá al Contratista, sus socios o accionistas una garantía adicional a la prevista en la cláusula 18 del presente Contrato. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, el Hospital Federico

	Lleras Acosta puede válidamente oponerse ante la autoridad correspondiente a la operación de fusión o escisión empresarial o cambio de control. El Contratista no podrá ceder parcial o totalmente el contrato sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la entidad CONTRATANTE
Indemnidad	El Contratista se obliga a indemnizar al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, con ocasión de la violación o el incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente Contrato. El Contratista se obliga a mantener indemne a Hospital Federico Lleras Acosta de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones hasta por el monto del daño o perjuicio causado. El Contratista mantendrá indemne a Hospital Federico Lleras Acosta por cualquier obligación de carácter laboral o relacionado que se originen en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el Contratista asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato.
Caso Fortuito y Fuerza Mayor	Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana.
Solución de Controversias	Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y la Entidad Estatal contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del Contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente Contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se resolverán mediante: Conciliación: Cuando la controversia no pueda arreglarse de manera directa debe someterse a un procedimiento conciliatorio que se surtirá ante el centro de conciliación de la ciudad de Ibagué, previa solicitud de conciliación elevada individual o conjuntamente por las Partes. Si en el término de ocho (8) días hábiles a partir del inicio del trámite de la conciliación, el cual se entenderá a partir de la fecha de la primera citación a las Partes que haga el centro de conciliación, las Partes no llegan a un acuerdo para resolver sus diferencias, deben acudir a la jurisdicción contencioso-administrativa.
Notificaciones	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del Contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregados personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones respectivas establecidas en el SECOP II.
Supervisión	La Supervisión del presente contrato estará a cargo de PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE INTERNACIÓN MÉDICA o quien haga sus veces de la entidad

	CONTRATANTE, quién deberá controlar su ejecución y cumplimiento, conforme los deberes y obligaciones impuestos en virtud de la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción). Adicionalmente a esta, informarán al CONTRATISTA sobre las actividades a desarrollar de acuerdo con el objeto contratado. Hacer recomendaciones y sugerencias que puedan surgir en la ejecución del mismo y en general ser intermediario entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. PARÁGRAFO: La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratista a favor del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, deberá presentar informes mensuales que contengan la descripción de las actividades efectivamente ejecutadas
Reclamos:	Los reclamos que las partes contratantes consideren pertinentes a deberán presentarse por escrito, recibida la reclamación, la parte requerida deberá pronunciarse dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la misma, y si guarda silencio se entenderá que la reclamación fue aceptada o aprobada.
Legislación:	El presente contrato se regirá por las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las cláusulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.
Auditoria:	La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorias en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP) (ARL) (EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Convienen las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista.
Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT	1) EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. 2) EL CONTRATISTA, se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, provengan, de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo.3) En todo caso, si durante el plazo de vigencia del contrato, EL CONTRATISTA, algunos de sus administradores, socios o administradores llegaren a ser (I) vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo. (II) Incluido en listas

	para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o (III) Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos ; o IV) llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos, EL CONTRATANTE tiene el derecho de terminar unilateralmente el contrato sin que por este hecho esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a EL CONTRATISTA. 4) De la misma forma, EL CONTRATISTA, declara que los recursos que incorpora para el desarrollo del Objeto contractual, proceden de actividades completamente lícitas.5) EL CONTRATISTA, se obliga expresamente a entregar a EL CONTRATANTE, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que EL CONTRATANTE requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula, EL CONTRATANTE tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica surgida.6) EL CONTRATISTA, manifiesta que conforme a lo anterior autoriza al Contratante la consulta y verificación en cualquier base de datos, listas restrictivas y públicas.
Gastos:	Los gastos que ocasione la legalización del contrato en caso de adjudicación del contrato a cargo del Contratista.
Publicación:	Conforme lo estatuido en el Decreto 019 de 2012, la contratación de la E.S.E., deberá ser publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública-SECOP II - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente.
Domicilio Contractual	Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué
Estampillas	Conforme a la Ordenanza No. 0015 del 2025, a partir del 01 de enero de 2026, las estampillas para los contratos de prestación de servicios con personas jurídicas el Estatuto de Rentas, no hace distinción frente a su causación, por ello en el numeral 2 del artículo 178 se indica que se causen como requisito previo a la realización del hecho generador es decir se requiere para la legalización y perfeccionamiento del contrato,

	por lo cual se adelantará la liquidación y pago previamente son las siguientes:

CARGA TRIBUTARIA DEPARTAMENTAL	TARIFA
PROCULTURA	1,00%
PROELECTRIFICADORA	0,50%
PROHOSPITALES	1,00%

Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.	Ver documento adjunto

Responsable

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta

GEINY LORENA DUARTE ESPINOSA
Profesional Especializado Area Salud
Hospital Federico Lleras Acosta

15

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

Fecha: Ibagué, 29 ENE 2026

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.9.9.01

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

Valor: $12.600.000

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E. por cuatro (4) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

Diego Fernando Padilla Mendieta
MÉDICO CIRUJANO
UNIBOYACA
RM. 730382

DIEGO FERNANDO PADILLA MENDIETA
Subgerente científico

Autorización Ordenador del Gasto:

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

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ AM ___ PM___

Diligenció

Nombre: *Alejandra Martínez* Firma:

Fecha:

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

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

Editar

Información del usuario



Cargo	Representante Legal
Título	Dr(a)
Nombre	ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nivel Educativo	
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Sí ○ No
Nombre y apellido	ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	65762622
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	direccioncomercial@promoversas.com.co
Teléfono	
Celular	3144566925

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	INGRID
SMS para recuperar la contraseña	3144566925

Editar

17

Ibagué, 29 ENE 2026

Doctora
MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta ESE
Ciudad

Referencia: Propuesta Prestación De Servicios Persona Jurídica.

Respetada Doctora:

Teniendo en cuenta que el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. es referente en servicios complementarios de salud a nivel departamental comprometidos a brindar una atención humanizada, oportuna, con calidad, seguridad y eficiencia gerencial y que es parte fundamental dentro de los procesos de atención hospitalaria y considerando que es la única Institución pública de mayor complejidad en el departamento del Tolima, que presta a usuarios de diferentes EPS-S, se hace necesario la prestación de servicios de personal idóneo en todas las áreas de esta manera suplir las necesidades de carácter asistencial.

De manera respetuosa me permito presentar propuesta para la prestación de los servicios asistenciales de VACUNACION AL RECIEN NACIDO.

Los procedimientos asistenciales ofertados son los siguientes:

De igual manera:

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

2. Que el representante legal no se encentra incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para licitar o contratar consagradas en las disposiciones contenidas en la Constitución Política, en el artículos 8º de la Ley 80 de 1993 y el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás disposiciones legales vigentes sobre la materia. (En caso de tratarse de un consorcio o unión temporal deberá manifestarse que ninguno de sus integrantes se encuentra en dicha situación).

3. Que no tengo parientes en la planta interna y/o externa en los cargos directivo, ejecutivo y/o asesor de la E.S.E.

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

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

6. Que esta propuesta compromete a la empresa 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 ***DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS $ 12.600.000 MCTE*** **IVA incluido, *Plazo 4 meses*** discriminada de la siguiente manera

Nombre del auxiliar	Cedula de ciudadanía	Honorarios mensuales
JOHANA SANCHEZ ESPINOSA	1033763899	$ 800.000
DAYANNY STEPHANY LEÓN CUESTA	1101693925	$ 800.000

De igual manera la empresa PROMOVER SAS anexa la documentación completa correspondiente a estudios y experiencia del personal asistencial y corrobora la veracidad de la misma.

Que las pólizas de responsabilidad civil profesional y demás documentos que requieran actualización de los profesionales y del contratista serán entregadas al supervisor del contrato durante su ejecución en la medida de su vencimiento siendo responsabilidad de la empresa.

Además, manifiesto:

10. 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,

Adriana M. Pardo V.

ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
REPRESENTANTE LEGAL
NIT. 809.002.913

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

Ibagué, 29 ENE 2026

Señores
PROMOVER SAS
Ciudad

Respetado Señor,

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

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

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

Cordialmente,

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente

19

FORMATO COMPLETO

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
Pardo	Viña	Adriana Milena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 65762622

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 09 MES 08 AÑO 1974

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUÉ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: DEPTO:

MUNICIPIO:

TELÉFONO: EMAIL: adrianampardo@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1991
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	9	X			10	1997	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD PROMOVER S.A.S				PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 2739402	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	01	Año	2016	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE G	DEPENDENCIA						DIRECCIÓN WORLD TRADE CENTER OFICINA 1006					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 Ibagué, 26 de enero de 2026

Adriana M. Pinto V.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: PROMOVER S.A.S.

SIGLA: PROMOVER S.A.S. | NIT No.: 809.002.913-3

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

ORDEN: [ ] NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO ¿CUÁL? _____

TIPO: [ ][ ] (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

CLASE: [1][6] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUÉ | DIRECCIÓN: WORLD TRADE CENTER OFICINA 1006 - 1007

TELÉFONOS: 2739402 EXT. 121 | FAX | APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

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

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

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

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

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

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

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

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

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA: Adriana M. Pardo V. | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 13 DE ENERO DE 2026

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

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

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE | CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **65.762.622**

PARDO VIÑA

APELLIDOS

ADRIANA MILENA

NOMBRES

Adriana M. Pardo V.

FIRMA





INDICE DERECHO

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

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

29-OCT-1992 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

2A

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14886195176

(415)7707212489984(8020) 000001488619517 6

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 4 C 33 20 BRR CADIZ

42. Correo electrónico: promovertesoreria@yahoo.es

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros	Exportadores				
54. Código	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2 3
			57. Modo		
			58. CPC		

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: PARDO VIÑA ADRIANA MILENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 13-01-2026 04:29:29PM

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 13 de enero de 2026, a las 16:21:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	65762622
Código de Verificación	65762622260113162116

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

26

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 288492082

PIB
16:23:21
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 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) ADRIANA MILENA PARDO VIÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65762622:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución 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.

27

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 04:25:15 PM horas del 13/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **65762622**
Apellidos y Nombres: **PARDO VIÑA ADRIANA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

25

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141198356851

(415)7707212489984(8020) 000014119835685 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona juridica 1			

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

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

35. Razón social
PROMOVER SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico contabilidad@promoversas.com.co

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 3 0 2 0 7	8 7 1 0	2 0 1 3 0 2 0 7	8 6 2 1		5

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PARDO VIÑA ADRIANA MILENA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141198356851

(415)7707212489984(8020) 000014119835685 1

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	5 8 2	6 3
73. Fecha	1 9 9 7 0 3 0 3	2 0 1 7 1 0 0 2
74. Número de notaría	3	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 7 0 3 0 5	2 0 1 7 1 1 0 1
77. No. Matrícula mercantil	9 8 2 1 1	9 8 2 1 1
78. Departamento	7 3	7 3
79. Ciudad/Municipio	1 6	1 6
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 7 0 3 0 3	1 9 9 7 0 3 0 3
81. Hasta	2 0 1 7 0 3 0 3	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional: 1 0 0 %

83. Nacional público: 0 . 0 %

84. Nacional privado: 1 0 0 . 0 %

85. Extranjero: 0 %

86. Extranjero público: 0 . 0 %

87. Extranjero privado: 0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 1 2 0 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141198356851

(415)7707212489984(8020) 000014119835685 1

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 2 0 3 1 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	6 5 7 6 2 6 2 2		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PARDO	VIÑA	ADRIANA	MILENA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 2 0 3 1 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	2 8 5 4 0 0 6 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CORTES	PARDO	PAMELA	SOFIA

103. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141198356851

(415)7707212489984(8020) 000014119835685 1

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

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 8 2 4 6 2 3 7		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PARDO	RODRIGUEZ	CARMEN	SOFIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
40,000,000	1 0 0	2 0 2 2 1 1 0 3	2 0 2 3 0 2 2 8

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	3 1 9 3 8 1 5 2		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
VACCA	ANGEL	MARIA	LUCIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 1 1 0 3	2 0 2 4 1 0 2 2

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 0 2 6 2 6 6 5		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
BRAND	RUIZ	SERGIO	ALBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 4 0 3 1 5	2 0 2 4 1 0 2 2

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	2 8 5 4 0 0 6 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CORTES	PARDO	PAMELA	SOFIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 1 1 0 3	2 0 2 4 1 0 2 2

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	3 2 5 2 7 5 7 9		COLOMBIA 1 6

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
HURTADO	CARDONA	EDILMA	ISABEL

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 1 1 0 3	2 0 2 4 1 0 2 2

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

30

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Página 5 de 9 **Hoja 4**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141198356851

(415)7707212489984(8020) 000014119835685 1

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

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 4 3 9 6 1 8 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PALACIO	NAVAS	JOHN	HARVEY

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 2 1 1 0 3	2 0 2 4 1 0 2 2

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 6 de 9 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141198356851

(415)7707212489984(8020) 000014119835685 1

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 8 2 5 6 5 8 4		3 1 6 0 9 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
RUBIO	ROMERO	MARTHA	LILIANA

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento: 2 0 1 0 0 2 1 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	6 5 7 6 5 7 7 4		5 9 2 5 2 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
ZABALETA	IDARRAGA	SANDRA	LILIANA

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento: 2 0 1 3 0 7 0 8

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	9 3 4 0 1 3 1 1		9 5 5 3 6

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
MORENO	TORRES	JONH	JAIRO

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento: 2 0 0 4 0 1 0 2

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141198356851

(415)7707212489984(8020) 000014119835685 1

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: PROMOVER

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

165. Dirección: CR 4 B 33 08 BRR CADIZ

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
9 8 2 1 2	1 9 9 7 0 3 0 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 8 2 6 6 6 8 1 4	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: PROMOVER CALI

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: Cl. 5 A 40 60

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
7 3 8 7 0 2	2 0 0 8 0 5 1 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 7 5 0 0 4 6 0 2	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: PROMOVER CALI 2

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: CL 44 N 4 93 N

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
7 4 0 8 1 1	2 0 0 8 0 6 1 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 7 5 0 0 4 6 0 2	2 0 1 6 0 2 2 3

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141198356851

(415)7707212489984(8020) 000014119835685 1

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9	

162. Nombre del establecimiento
PROMOVER GIRARDOT

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7	

165. Dirección
CR 8 N 20 A N 22 24 BRR GRANADA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
6 0 3 2 7	2 0 1 0 0 7 2 8	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
3 1 8 5 8 5 3 0 1 2		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Agencia 0 1	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9	

162. Nombre del establecimiento
PROMOVER LTDA.

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7	

165. Dirección
CR 8 N 20 A N 22 24 BRR GRANADA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 9 0 8 8	2 0 0 4 0 2 2 6	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
3 1 8 5 8 5 3 0 1 2	2 0 2 1 0 4 2 8	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1	

162. Nombre del establecimiento:
PROMOVER SAS SEDE 2

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1	

165. Dirección
CR 4 B N 31 50 BRR CADIZ

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 8 1 2 6 0	2 0 2 5 0 2 1 7	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
3 1 5 3 9 1 7 7 3 6		

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 9 de 9 Hoja 6

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141198356851

(415)7707212489984(8020) 000014119835685 1

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

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: PROMOVER VILLAVICENCIO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

165. Dirección: CR 36 32 35 BRR BARZAL

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
4 8 3 7 1 5	2 0 2 5 0 8 1 4
168. Teléfono: 3 1 6 4 8 2 0 0 5 9	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 05/01/2026 - 07:27:48
Recibo No. H000062192, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DfUxEeN93K

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

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2026.

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

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

MATRÍCULA

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

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CR 9 NO. 57-15 OF 1006 -1007 WORLD TRADE CENTER IBAGUE
Barrio : URB RINCON DE PIEDRA PINTADA
Municipio : Ibagué, Tolima
Correo electrónico : contabilidad@promoversas.com.co
Teléfono comercial 1 : 6082739402
Teléfono comercial 2 : 3153917736
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CR 9 NO. 57-15 OF 1006 -1007 WORLD TRADE CENTER IBAGUE
Barrio : URB RINCON DE PIEDRA PINTADA
Municipio : Ibagué, Tolima
Correo electrónico de notificación : contabilidad@promoversas.com.co

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

CONSTITUCIÓN

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

PROMOVER LTDA.

REFORMAS ESPECIALES

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

TÉRMINO DE DURACIÓN

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

OBJETO SOCIAL

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

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

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

CAPITAL

	* CAPITAL AUTORIZADO *
Valor	$ 80.000.000,00
No. Acciones	80.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00
	* CAPITAL SUSCRITO *
Valor	$ 80.000.000,00
No. Acciones	80.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00
	* CAPITAL PAGADO *
Valor	$ 80.000.000,00
No. Acciones	80.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

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

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

El Gerente - representante legal, podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos

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

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

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

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

REVISORES FISCALES

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

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 05/01/2026 - 07:27:48
Recibo No. H000062192, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DfUxEeN93K

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

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2026.

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

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

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

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
*) E.P. No. 1455 del 27 de abril de 1998 de la Notaria 3a. De Ibague Ibagué	24001 del 04 de mayo de 1998 del libro IX
*) E.P. No. 3189 del 18 de septiembre de 1998 de la Notaria 3a. De Ibague Ibagué	24541 del 22 de septiembre de 1998 del libro IX
*) E.P. No. 575 del 16 de marzo de 1999 de la Notaria 3a. De Ibague Ibagué	25319 del 26 de marzo de 1999 del libro IX
*) E.P. No. 1348 del 22 de junio de 1999 de la Notaria 3. De Ibague Ibagué	25765 del 21 de julio de 1999 del libro IX
*) Acta No. 26 del 25 de septiembre de 2000 de la Junta De Socios	27308 del 09 de octubre de 2000 del libro IX
*) E.P. No. 1470 del 11 de julio de 2000 de la Notaria 3_ De Ibague Ibagué	27455 del 01 de diciembre de 2000 del libro IX
*) E.P. No. 1661 del 16 de julio de 2004 de la Notaria Tercera Ibagué	32235 del 27 de julio de 2004 del libro IX
*) E.P. No. 650 del 28 de marzo de 2005 de la Notaria Tercera Ibagué	33260 del 29 de marzo de 2005 del libro IX
*) E.P. No. 1340 del 30 de mayo de 2006 de la Notaria Tercera Ibagué	35117 del 11 de julio de 2006 del libro IX
*) E.P. No. 425 del 26 de febrero de 2008 de la Notaria Tercera Ibagué	37745 del 11 de marzo de 2008 del libro IX
*) E.P. No. 1917 del 25 de julio de 2012 de la Notaria Tercera Ibagué	49459 del 26 de julio de 2012 del libro IX
*) Acta No. 63 del 02 de octubre de 2017 de la Junta De Socios	65427 del 01 de noviembre de 2017 del libro IX
*) Acta No. 63 del 02 de octubre de 2017 de la Junta De Socios	65428 del 01 de noviembre de 2017 del libro IX
*) Acta No. 64 del 06 de marzo de 2018 de la Asamblea De Accionistas	66651 del 11 de abril de 2018 del libro IX
*) Acta No. 70 del 18 de marzo de 2022 de la Asamblea De Accionistas	80673 del 17 de mayo de 2022 del libro IX
*) Acta No. 071 del 03 de noviembre de 2022 de la Asamblea De Accionistas	82977 del 29 de diciembre de 2022 del libro IX
*) E.A. No. 073 del 15 de marzo de 2024 de la Asamblea De Accionistas	88859 del 17 de mayo de 2024 del libro IX
*) Acta No. 074 del 16 de octubre de 2024 de la Asamblea De	90444 del 22 de octubre de 2024 del libro IX

Accionistas

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

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

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

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

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

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

Nombre: PROMOVER
Matrícula No.: 98212

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 05/01/2026 - 07:27:48
Recibo No. H000062192, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DfUxEeN93K

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

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2026.

Fecha de Matrícula: 05 de marzo de 1997
Último año renovado: 2025
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CR 4B N 33-08
Barrio : BRR CADIZ
Municipio: Ibagué, Tolima

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

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

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

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

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

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

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

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

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

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

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

JHOAN HERNANDO ARANGO
Secretario Jurídico (E)

CÁMARA DE COMERCIO DE IBAGUE

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 05/01/2026 - 07:27:48
Recibo No. H000062192, Valor 0

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DfUxEeN93K

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

La matrícula mercantil proporciona seguridad y confianza en los negocios,renueve su matrícula a más tardar el 31 de marzo de 2026.

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

41

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 13 de enero de 2026, a las 16:21:34, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	8090029133
Código de Verificación	8090029133260113162134

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 NACIÓN

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 288492235

PIB
16:24:00
Hoja 1 de 01

42

Bogotá DC, 13 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), la persona PROMOVER SAS identificado(a) con NIT número 8090029133:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

A3

PROMOVER S.A.S
Servicio con calidez humana

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

CERTIFICA QUE:

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

Conforme a lo establecido en el marco jurídico contemplado en el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de Diciembre de 2.002, se debe realizar un informe certificando el cumplimiento de las obligaciones antes mencionadas. De acuerdo a lo enunciado anteriormente, se certifica que PROMOVER S.A.S., ha realizado el pago de los salarios, prestaciones y demás pagos laborales, aportes al sistema de Salud de diciembre de 2025, Pensión, Riesgos Profesionales y Caja de Compensación Familiar del personal vinculado, durante el periodo noviembre de 2025.
Planilla Asopagos 35752569.

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

La presente certificación se expide a los 05 días del mes de enero de 2.026, en la ciudad de Ibagué.

Adriana M. Pardo V.

ADRIANA MILENA PARDO VIÑA
REPRESENTANTE LEGAL

Martha Liliana Rubio R

MARTHA LILIANA RUBIO ROMERO
REVISOR FISCAL
TP 31609 – T

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	PROMOVER SAS
IDENTIFICACIÓN:	NI-809002913
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-12-22
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-19
FECHA DE PAGO:	2025-12-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO POPULAR
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35752569
TOTAL COTIZANTES:	473
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35752569
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 114.000	$ 115.200
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	215	$ 0	$ 0	$ 180.900	$ 17.969.600	$ 18.150.500
EPS005	800251440	SANITAS	81	$ 0	$ 0	$ 66.700	$ 6.624.100	$ 6.690.800
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	3	$ 0	$ 0	$ 4.400	$ 436.500	$ 440.900
EPS010	800088702	EPS SURA	8	$ 0	$ 0	$ 11.900	$ 1.182.300	$ 1.194.200
EPS012	890303093	COMFENALCO VALLE EPS	3	$ 0	$ 0	$ 2.800	$ 274.000	$ 276.800
EPS017	830003564	FAMISANAR	21	$ 0	$ 0	$ 14.700	$ 1.459.400	$ 1.474.100
EPS018	805001157	SOS-EPS	4	$ 0	$ 0	$ 4.300	$ 418.000	$ 422.300
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	67	$ 0	$ 0	$ 51.900	$ 5.157.400	$ 5.209.300
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	45	$ 0	$ 0	$ 30.500	$ 3.030.500	$ 3.061.000
EPS042	900226715	COOSALUD	1	$ 0	$ 0	$ 600	$ 57.000	$ 57.600
EPSC34	900298372	EPS-S CAPITAL	1	$ 0	$ 0	$ 600	$ 57.000	$ 57.600
EPSIC6	809008362	EPS-S PIJAOSALUD	10	$ 0	$ 0	$ 5.400	$ 536.100	$ 541.500
ESSC07	806008394	EPS-S MUTUAL - MOV	1	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 89.800	$ 90.800
SSC18	901021565	EPS-S EMSSANAR	3	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 171.000	$ 172.800
ESSC62	900935126	ESSC ASMET SALUD	3	$ 0	$ 0	$ 2.100	$ 201.900	$ 204.000
MIN002	901037916	MIN002 - ADRES	6	$ 0	$ 0	$ 5.600	$ 550.200	$ 555.800
Subtotal Salud		17	473	$ 0	$ 0	$ 386.400	$ 38.328.800	$ 38.715.200
230201	800229739	PROTECCION	55	$ 39.000	$ 39.000	$ 143.800	$ 14.284.300	$ 14.428.100
230301	800224808	PORVENIR	298	$ 157.500	$ 157.500	$ 895.100	$ 88.936.700	$ 89.831.800
231001	800227940	COLFONDOS	11	$ 58.000	$ 58.000	$ 49.500	$ 4.910.400	$ 4.959.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	97	$ 35.900	$ 35.900	$ 309.700	$ 30.763.800	$ 31.073.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/01/2026

Subtotal Pensión		4	461	$ 290.400	$ 290.400	$ 1.398.100	$ 138.695.200	$ 140.293.300
14-23	860011153	POSITIVA	473	$ 0	$ 0	$ 210.400	$ 20.901.600	$ 21.112.000
Subtotal ARL		1	473	$ 0	$ 0	$ 210.400	$ 20.901.600	$ 21.112.000
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	24	$ 0	$ 0	$ 19.800	$ 1.967.400	$ 1.987.200
CCF50	890700148	COMFENALCO-TOLIMA	407	$ 0	$ 0	$ 299.800	$ 29.785.500	$ 30.085.300
CCF56	890303093	COMFENALCO VALLE	36	$ 0	$ 0	$ 26.200	$ 2.594.000	$ 2.620.200
Subtotal CCF		3	467	$ 0	$ 0	$ 345.800	$ 34.346.900	$ 34.692.700
PASENA	899999034	SENA	1	$ 0	$ 0	$ 3.600	$ 356.000	$ 359.600
PAICBF	899999239	ICBF	1	$ 0	$ 0	$ 5.400	$ 534.000	$ 539.400
			Total a pagar	$ 290.400	$ 290.400	$ 2.349.700	$ 233.362.500	$ 235.712.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/01/2026

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9497054952C36A0B

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

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

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

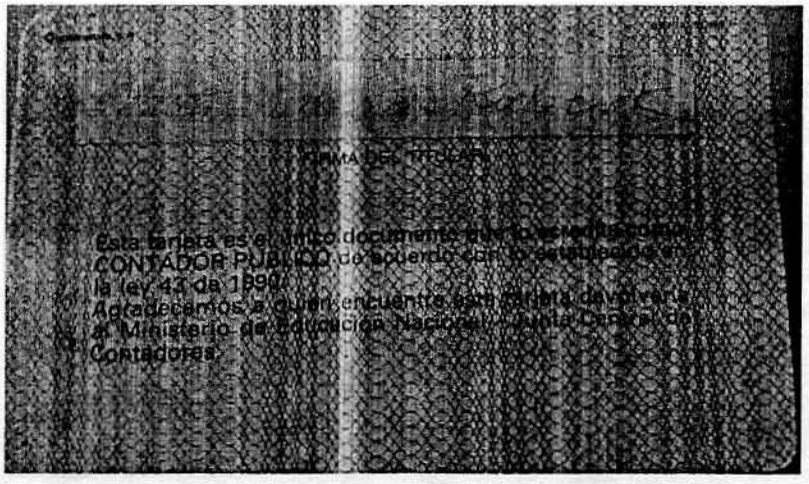
Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Diciembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
C.C.
RESOLUCION
UNIVERSIDAD
FECHA 13-11-92
Presidente


FIRMA DEL TITULAR
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo estipulado en
la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **38.256.584**

RUBIO ROMERO
APELLIDOS

MARTHA LILIANA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-FEB-1963**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-SEP-1981 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2900100-63138181-F-0038256584-20051004 01036 05277B 02 187432276

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-13 18:21

Razón social

PROMOVER SAS

NIT

809002913 DV 3

Lugar de ubicación

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio IBAGUÉ

Clase de entidad

Organismos no gubernamentales

Si es otra, cual? SAS

Actúa en carácter de Representante Legal Sí [ ] No [X]

Servicios de la entidad:

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

Nombres y apellidos completos del representante legal

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ADRIANA	MILENA	PARDO	VIÑA

Documento de identificación del representante legal

Tipo CEDULA DE CIUDADANIA Número 65762622

Lugar de nacimiento del representante legal

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio IBAGUÉ

Lugar de domicilio del representante legal

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio IBAGUÉ

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Dirección	["Calle 33 # 4A-50\r\nSede Unidad de Salud La Francia"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

Las cuentas bancarias de PROMOVER SAS en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA CORRIENTE	COLOMBIA	$114.579.577,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$114.314.144,00

Los bienes patrimoniales de PROMOVER SAS son los siguientes:

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

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

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

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

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

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

Sí [ ] No [X]

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

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

Sí [ ] No [X]

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

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

Sí [ ] No [X]

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

2.2. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

¿PROMOVER SAS realizó donaciones?

Sí [X] No [ ]

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

Nombre entidad	Valor
COLEGIO MEDICO DEL TOLIMA	$500.000,00

2.3. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

Sí [ ] No [X]

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

Los potenciales conflictos personales de interés son:

Alerta.

Internacion Franco. 53

Federico Lleras Acosta
EL HOSPITAL DE TODOS

GESTION ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-105
	VERSIÓN: 3
FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURIDICA	VIGENTE DESDE: 31-07-2024
	PAGINA 1 DE 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD:
	13	01	2026	IBAGUÉ

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

1. INFORMACION GENERAL

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

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
PARDO	VIÑA	ADRIANA MILENA

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

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

SEXO: F [X] M [ ]

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

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
COLOMBIA	

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
RINCON DEL VERGEL CASA A1	TOLIMA	IBAGUÉ

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

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

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

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

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

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

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

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN):
1) Por favor relacione los socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, aporte o participación.
2) Si el accionista o socio es una Persona Jurídica, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección BENEFICIARIOS FINALES (En caso de requerir mas espacio anexe Certificado de Composición Accionaria).

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

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

Grupo SARLAFT
16/1/2026
08:00 am

5A

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

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

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

IMPORTACIONES ☐ PRESTAMOS ☐ OTRA? ☐ ¿Cúal? _____

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

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

4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Copia del documento de identidad del representante legal

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

3 Copia del RUT detallado

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

6. FIRMA Y HUELLA

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



HUELLA

Adriana M. Pardo V.

FIRMA Y CEDULA

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

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	11:56 am
	16	1	2026		

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

OBSERVACIÓN: Las personas relacionadas en el formato y sus anexos, no reportan restricciones en las listas consultadas del SARLAFT/PADM.

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

Revisó: Camilo Trujillo
Aux. Administrativo
Subgerencia Administrativa y Financiera.

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

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

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

CERTIFICA

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

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

Dado en Ibagué, el veintitrés (23) de enero de 2026.

ANGELICA DEL PILAR PEÑA TRUJILLO
Profesional Especializado de 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 ESPECILIZADO AREA DE LA SALUD UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E.

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

CERTIFICA QUE

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

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

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

NOMBRE PERSONA A CONTRATAR	JOHANA SANCHEZ ESPINOSA		
TITULO PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA		
FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS	25/08/2012	**No. TARJETA PROFESIONAL**	11213
		FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL	22/10/2012
POSTGRADO	ESPECIALIDAD - NO APLICA		
	SUB-ESPECIALIDAD - NO APLICA		
PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD	AUXILIAR DE ENFERMERÍA		

EXPERIENCIA ACREDITADA

EMPRESA O ENTIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	TIEMPO LABORADO O EJECUTADO
PROMOVER SAS	1/08/2018	23/10/2021	37 MESES Y 23 DIAS
TIEMPO TOTAL CERTIFICADO			37 MESES Y 23 DIAS

NOMBRE PERSONA A CONTRATAR	DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA		
TITULO PROFESIONAL	AUXILIAR DE ENFERMERÍA		
FECHA DE GRADO O		**No. TARJETA PROFESIONAL**	3351

FECHA DE TERMINACIÓN DE MATERIAS	15/12/2017	**FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL**	2/11/2018
POSTGRADO	ESPECIALIDAD - NO APLICA		
	SUB-ESPECIALIDAD - NO APLICA		
PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD	AUXILIAR DE ENFERMERÍA		

EXPERIENCIA ACREDITADA

EMPRESA O ENTIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	TIEMPO LABORADO O EJECUTADO
PROMOVER SAS	1/02/2019	23/10/2021	32 MESES Y 23 DIAS
TIEMPO TOTAL CERTIFICADO			32 MESES Y 23 DIAS

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

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

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

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

FECHA DE VALIDACION HOJA DE VIDA	26/01/2026

Dado en Ibagué a los 26 días de enero de 2026,

NOMBRE GEINY LORENA DUARTE ESPINOSA
CARGO PROFESIONAL ESPECIALIZADO-UNIDAD FUNCIONAL INTERNACION MEDICA

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

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

RECEPTOR:

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

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

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

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

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

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

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los sìguientes 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: 13 de Enero de 2026 Ciudad: Ibagué

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: ADRIANA MILENA PARDO VIÑA

No. C.C : 65.762.622 de Ibagué

FIRMA: Adriana M. Pardo V.

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

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

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

Por favor marcar según corresponda:

___ Aspirante ___ Estudiante ___ Pacientes y Acompañantes | X Proveedores y Contratistas

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

FINALIDAD

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

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

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

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

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

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibagué a los (13) Trece días del mes de Enero del Año 2026.

Firma: Adriana M. Pardo V.

Nombre: ADRIANA MILENA PARDO VIÑA

C.C No: 65.762.622 **de:** Ibagué

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

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT____ TI:____Otro_____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco_____

61

Federico Lleras Acosta E.S.E. HOSPITAL DE TODOS	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 ADRIANA MILENA PARDO VIÑA identificado(a) con cédula de ciudadanía N.° 65.762.622 de IBAGUÉ, vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

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

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

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

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

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

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

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

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

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

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

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

Otro interés particular

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

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento

Firma del (la) declarante: ADRIANA M. PARDO V.
Cédula de ciudadanía N.° 65.762.622 de Ibagué
Fecha: 13 de Enero de 2026

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.

Nombre de quien recibe: _____
Firma: _____
Cédula de ciudadanía N.° _____ de _____

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

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

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

62

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

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

TOMADOR **PROMOVER SAS** NIT **809.002.913-3**
DIRECCION **CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC** CIUDAD **IBAGUE, TOLIMA** TELEFONO **3187129200**

ASEGURADO **PROMOVER SAS** NIT **809.002.913-3**
DIRECCION **CRA 9 N 57-15 OFI 1006 WTC** CIUDAD **IBAGUE, TOLIMA** TELEFONO **3187129200**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

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

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
FERDINAN AGUDELO CASTAÑEDA ASESORES	154010	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES DOMICILIARIO

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

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

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

OBJETO DE LA POLIZA:

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

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

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

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005611142942(3900)000038934303(96)20250521

REFERENCIA PAGO:
1100561114294-2

25-03-101007756

FIRMA AUTORIZADA
DANIELLOPEZ

CLIENTE

Adana M. Pardo V.
TOMADOR

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 65762622 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 13/01/2026 04:45 PM

Código Verificación: **DFV2J5B3XU**

Válida hasta: **13/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

6A

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

Nombre Completo:	JOHANNA SANCHEZ ESPINOSA
Cedula:	1033763899
Fecha de nacimiento:	4 Marzo 1994
Lugar de nacimiento	Bogotá Cundinamarca
Edad actual	24 años
Estado civil	Soltera
Dirección:	Kr 10 numero 39 -16
Barrio :	Gaitán
Celular:	3123447245

ESTUDIOS REALIZADOS

Auxiliar de Enfermería (INFORTEC Bogotá)

RCP Básico (SENA Ibagué)

Curso de Cooperativismo (Ibagué)

Clínica de heridas (laboramos)

ESTUDIOS BASICOS

Bachiller académico	Colegio Rafael Uribe Uribe
	Bogotá Cundinamarca 2010

PERFIL PROFESIONAL

Soy una persona organizada, sincera, comprensiva, capaz de liderar y solucionar problemas. Poseo Valores como la responsabilidad y el trabajo en equipo. Facilidad para la comunicación y trabajo Bajo presión, soy una persona capaz de llevar a cabo las funciones asignadas

PERFIL PERSONAL

Soy una persona responsable, organizada, honesta, colaboradora, cumplidora De las tareas que se me asignan. Y con gran capacidad de adaptación

EXPERIENCIA LABORAL

Asemedis S.A.S
1 año (Bogotá)
Promover
2 ½ años (Ibagué)
Salud 24 horas
6 meses (Ibagué)

CAPACIDADES Y ACTITUDES

Responsabilidad

Confianza en mis propias capacidades

Capacidad para aprender rápido

Actitud positiva hacia mi trabajo

Compromiso con los objetivos dela empresa

Espíritu de trabajo

REFERENCIA PERSONAL

- Jacinto Sánchez Osorio

CEL: 3208328727

- Arisleyda Aguja Mape

CEL 3209715281

JOHANNA SÁNCHEZ ESPINOSA
CC: 1.033.763.899

67



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JOHANNA

SANCHEZ ESPINOSA

C.C. 1033763859

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 31/10/2014

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

68

ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 003

Los suscritos Director y Coordinador Académico del Instituto de Formación e Investigación Técnica **INFORTEC** Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano de Bogotá, aprobado mediante Resoluciones No. **4998 de DICIEMBRE 27 de 1989 y 817 de MARZO 15 de 2011**, **CERTIFICA** que en Libro No. **002**, Folio No. **07** y bajo el número arriba indicado, está asentada el **ACTA DE CERTIFICACIÓN** por la que **CONSTA QUE** En la ciudad de Bogotá D.C., el día 25 del mes de Agosto de 2012 en nombre de la República de Colombia otorgó el Certificado de

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

A

JOHANNA SANCHEZ ESPINOSA
C.C. 1.033.763.899 de BOGOTA D.C.

Quien cumplió con los requisitos exigidos por el programa según el Proyecto Educativo del Instituto y las normas legales vigentes. En testimonio se le entregó el Certificado y se firmó el ACTA correspondiente.

JAIRO IVAN RAMIREZ GARCÍA
Director

INFORTEC
Coordinador Programa

MARICELA SUAREZ V.
Coordinadora Académica

69

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 11213 *de* 22/10/2012

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SANCHEZ ESPINOSA JOHANNA Identificado(a) con CC número 1033763899 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO DE EDUCACION INFORTEC el dia 25/08/2012.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a SANCHEZ ESPINOSA JOHANNA identificado(a) con CC número 1033763899 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 22/10/2012

IVÁN JAIRT GUARIN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios
Revisó: Daniel Ortiz B
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 31-10-2012
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Johanna Sánchez
C.C. # 1033763899
Firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA

STITUTO DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN TÉCNICA

INFORTEC

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

o. 4998 DICIEMBRE 27/89, 12-0216 DE OCTUBRE 26/2010 Y 817 MARZO 15/2011 de la SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ, D.C.
ACUERDOS No. 236 JULIO 24/2009 y 0472 DICIEMBRE 24/2010 del MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

CONFIERE EL CERTIFICADO DE

TECNICO LABORAL

POR COMPETENCIAS EN:

Auxiliar de Enfermería

A:

Johanna Sánchez Espinosa

C.C. No. 1.033.763.899 DE Bogotá

CON UNA INTENSIDAD DE 1.664 HORAS

70

21

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

JOHANNA SANCHEZ ESPINOSA

ha participado y aprobado el

Curso Virtual: Conceptos básicos en inmunización para trabajadores de salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 81,11 %

24 de noviembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=ec309086-55d1-4e03-ada9-d43a40168e3b

Scanned with CamScanner

72

CAMPUS INNOVA
CERTIFICADOS EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS
NIT: 901386251-7
CERTIFICA QUE:

JOHANNA SANCHEZ ESPINOSA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1033763899
Realizo y aprobó el Curso básico de:
SOPORTE VITAL BASICO (BLS)
Con una intensidad horaria de:
45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-01-06. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL
1136285529

PROFESIONAL EN SALUD
1069736330

GERENTE GENERAL
1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 1072 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Scanned with CamScanner

EL INSTITUTO DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN TECNICA

INFORTEC

CERTIFICA

Que **JOHANNA SANCHEZ ESPINOSA** identificada con la C.C. No. **1.033.763.899** cursó y aprobó en la institución los estudios correspondientes al programa de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** y obtuvo el certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS** como consta en el **Acta No. 003**, folio **No. 07** del **25** de **Agosto** de 2012, inscrita en el Libro General de Actas No. 002.

El Instituto de Formación e Investigación Técnica INFORTEC, con Nit 800.084.089-7, es una Entidad Educativa debidamente autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá por medio de las resoluciones 4998 de 1989, 3236 de 1993, 6768 de 1996, 4286 de 2002, 4192 de 2008, 817 de 2011 y 12-100 de 2016; y por el Ministerio de la Protección Social, según el ACUERDO No. 00208 de 2016, para dictar dicho programa en tres semestres y expedir el respectivo certificado.

La presente certificación se expide para fines laborales a los Veinte (20) días de agosto de 2019 en Bogotá D.C.

INFORTEC Coordinación Académica

FAVIO NELSON RUITRAGO F.
Coordinador Académico

PROMOVER

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

HACE CONSTAR:

Que la señora **JOHANNA SANCHEZ ESPINOSA** identificada con cédula de ciudadanía número 1033763899, labora para esta empresa desde el 01 (primero) de agosto de 2018 hasta el 23 (veintitrés) de octubre de 2021, vinculada por medio de un contrato laboral a término fijo a un año desempeñando los siguientes cargos AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE VACUNACION, con las siguientes funciones:

- Desarrollar actividades de promoción y prevención a través del manejo del programa de vacunación a la población en general.
- Participar en jornadas de vacunación que se adelanten a nivel local, departamental o nacional.
- Diligenciar los registros físicos y/o digitales y documentos necesarios para llevar el control de la población objeto de las actividades que se desarrollan.
- Mantener una adecuada dotación de vacunas para garantizar un servicio oportuno a los usuarios, notificando mediante correo electrónico a la dirección IPS, subgerencia, control interno y dirección administrativa.
- Cumplir con el procedimiento documentado por la empresa propio para el servicio de vacunación.
- Mantener actualizada la información, de conformidad a lo establecido en la página paiweb diariamente.
- Velar por el buen funcionamiento de los equipos, instrumentos y elementos de servicio bajo su cuidado y un uso racional de los materiales.
- Administrar el biológico correctamente y diligenciar el carnet según esquemas contratados con las diferentes empresas y según las normas del PAI.
- Realizar recepción correcta de documentos necesarios para la prestación del servicio (documento de identidad, autorización de la EPS o la verificación del estado de afiliación).
- Realizar educación al usuario y a la familia acerca del proceso a seguir después de la aplicación de la vacuna.
- Promocionar la venta de los biológicos que no están dentro del Plan Obligatorio de Salud.
- Velar por la adecuada atención de los usuarios.
- Velar por el buen uso de la nevera de almacenamiento de los biológicos manteniéndola bien cerrada y seca, efectuando la toma de temperatura dos veces al día y diligenciando el formato diariamente de temperatura oportunamente.

PROMOVER

- Participar de las auditorías realizadas por el área de control interno, teniendo en cuenta que se debe de coincidir el inventario del sistema visof con el inventario físico.
- Velar por el buen estado de los biológicos verificando su fecha de vencimiento, actualizando la semaforización correspondiente de los mimos.
- Realizar semanalmente la toma física de los inventarios los cuales se descargan del sistema visof y se envían escaneados al correo electrónico de la dirección IPS, subgerencia, auxiliar de control interno, velando por la custodia del archivo físico del mismo.
- Realizar apoyo con la ejecución del informe mensual establecido por la secretaria municipal de salud caracterizando la población vacunada (EPS, municipio, nacionalidad, edad, esquema) diligenciando todas las planillas determinadas ejecutando el envió de a la entidad competente, dirección IPS, subgerencia, enfermero jefe, guardando la información en forma digital en la carpeta correspondiente.
- Realizar apoyo en la solicitud de los biológicos faltantes dentro del esquema pos PAI a la secretaria de salud municipal mensualmente, mediante la página paiweb los primeros días del mes y recoger los mismos con el procedimiento establecido manteniendo la cadena de frio adecuadamente.
- Reportar oportunamente los eventos adversos que se presenten con el usuario, al jefe inmediato y la dirección de IPS, para establecer medidas de control y seguimiento.
- Velar por la custodia del inventario de biológicos, reportando a la dirección IPS cualquier novedad que se presente.
- Realizar mensualmente el informe PAI para la secretaria de salud en las fechas establecidas para éste.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Ibagué a los 10 (Diez) días del mes de enero del año 2026.

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

ANGELICA MARIA MENESES MOLINA
Coordinadora de Talento Humano

76

Certieducación
NIT: 1069731024-5

Bajo el Código Único Interno T9RFAQZX5N certifica que

Johanna Sánchez Espinosa

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1033763899

Finalizó exitosamente el curso Avanzado de

Humanización en la Prestación de los Servicios de Salud

con 70 horas de intensidad y dos años de vigencia
a partir del día 22 de Enero de 2026

CUI T9RFAQZX5N

Puedes verificar la validez de este certificado

321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT. 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.certieducacion.com/legalidad/

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 *

1033763899

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *

7147

Cambiar

5978

Limpiar

Resultado General -2026-01-13→12:19:21 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1033763899	JOHANNA		SANCHEZ	ESPINOSA	Vigente

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) JOHANNA SANCHEZ ESPINOSA identificado(a) con CC 1033763899 registra La siguiente información:

2026-01-13→12:19:21 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012-10-22	11213	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

28

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.763.899

SANCHEZ ESPINOSA

APELLIDOS

JOHANNA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

27-ABR-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00377613 F 1033763899-20120522 0030007914A 1 38217727

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 13 de enero de 2026, a las 13:44:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1033763899
Código de Verificación	1033763899260113134455

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. 288455305

PIB
13:35:06

Bogotá DC, 13 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) JOHANNA SANCHEZ ESPINOSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033763899:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodriguez 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.

81

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:20:49 PM horas del 13/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1033763899**

Apellidos y Nombres: **SANCHEZ ESPINOSA JOHANNA**

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

82

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/01/2026 02:18:22 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1033763899** .

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. **132415053** . 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 Johana Sánchez Espinosa. identificado (a) con C.C 1033763899 expedida en Bogotá, 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;

Johana Sanchez.

C.C 1033763899.

FECHA EXPEDICION C.C: 27/Abril/2012.

84

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

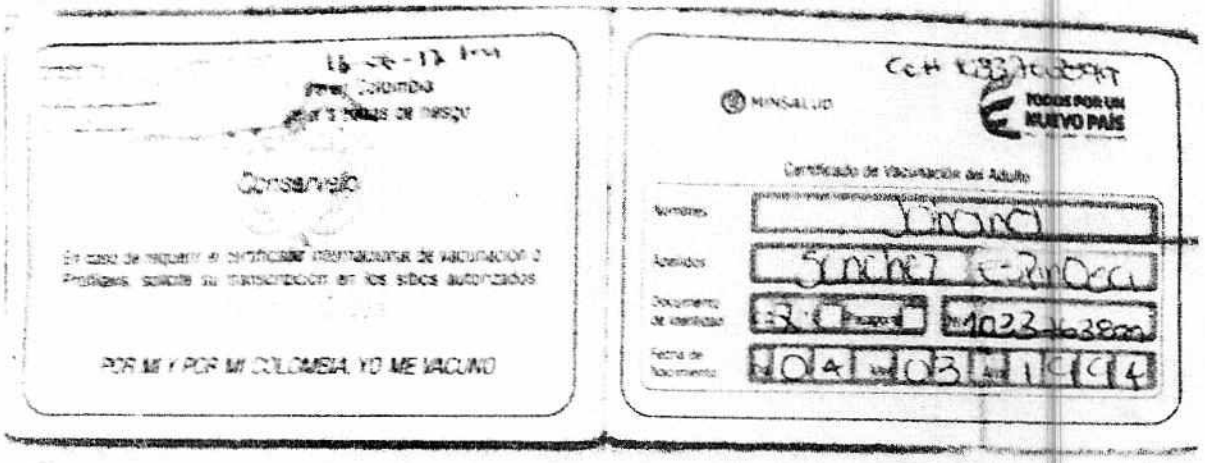
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:42:15 horas del 13/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1033763899**, Apellidos y Nombres **SANCHEZ ESPINOSA JOHANNA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **PROMOVER SAS**, con NIT **809002913-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de seleccion 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



16-06-17 1:44
Colombia
Consulado

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MI Y POR MI COLOMBIA, YO ME VACUNO

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: [illegible]

Apellidos: [illegible]

Documento de identidad: [illegible] 1023463887

Fecha de Nacimiento: 04 03 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	18-05-2012	800015601 olaya 11-05-18	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	11-01-2007	TETAVAX.	
	2	23-01-2008	TETAVAX U. Hemtog.	
	3	26-01-2010	TETAVAX S.T.O.	
	4	26-05-2011	TETAVAX Vacunador	
	5	24-06-2012	TETAVAX Vacunador	
Contra Hepatitis B	1	26-ABRIL-11	048'040 IPS VACUNAR	
	2	24-JUNIO	HEPATITIS B 035B1009 OLAYA S.A.S.	
	3	24 AGO. 2012	nov-14 NIT. 900.394.707-3	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1 ✓	26-04-2011	Staval	S.T.O
Contra Influenza				
Otras	1 ✓	31-0-A	J006326 Leidy Capera	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1 ✓	16-06-17	D226[illegible]	
	2	2 DE CADA 10 AÑOS		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	16-06-17	143402 BOS Sanofi ✓	
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	16-06-17		
	2 ✓	26-04-16	Vaxigrip 3.7/2/16	
Virus de Papiloma Humano				

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: c90a6bf4-ec17-47de-8afc-714a455addd7

Nombres y apellidos / Full name: **JOHANNA SANCHEZ ESPINOSA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1033763899**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **04/03/1994**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Numero de contacto (móvil) / Phone number: **00000**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Quinta	23	6	2017		D2296	IBAGUE UNIDAD DE PREVENCION Y	YULI YINETH RODRIGUEZ
COVID PFIZER	Primera	13	4	2021	PFIZER	ER9449	PROMOVER LTDA	DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	27	7	2021		V50221006	PROMOVER LTDA	ANA MAYERI CAPERA DAZA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	1	8	2024	Green Cross	V50524002	PROMOVER LTDA	ROSA MILENA ALVAREZ
Fiebre Amarilla	Única	8	11	2024	Fabricante	23F0030	MELGAR ESE CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR	MARIA ALEXANDRA VALDERRAMA BAQUERO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	28	10	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	PROMOVER LTDA	DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA - CC1101693925 - Inactivo

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

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

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

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

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

98

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: 13/Enero/2026

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Johanna Sanchez Espinosa.

Documento de Identidad: 1033763899 de: Bogotá

Fecha Nacimiento: 04/marzo/2026 Edad: 31 Sexo: Femenino

Celular: 3022330476.

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	✓	
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

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

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

RECEPTOR:

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

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha: 13-Enero - 2026 Ciudad: Ibague.

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Johanna Sanchez Espinosa.

No. C.C : 1033763899

FIRMA:

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

Por favor marcar según corresponda:

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

FINALIDAD

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

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

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

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

DECLARACIÓN:

Yo: Johana Sanchez Espinosa mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequivoca 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 logistico 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.

Asi 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 garantias constitucionales y legales.

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

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibague a los (13) 13 dias del mes de enero del Año 2026.

Firma: _____

Nombre: Johana Sanchez Espinosa

C.C No: 1033763899 **de:** Bogota.

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

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT____ TI:____ Otro_____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco_____

93

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 1033763899 **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 13/01/2026 05:35 PM

Código Verificación: **7TYUPSBV2W**

Válida hasta: **13/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRE:	Dayanny Stephany León Cuesta
CIUDAD:	Ibagué - Tolima
TELEFONO	3202457986-3052506735
CORREO ELECTRONICO:	dayannyleon.2406@outlook.es

PERFIL PROFESIONAL

Auxiliar de enfermería con experiencia en vacunación intramural y extramural, trabajando directamente con comunidades para promover la salud y la prevención de enfermedades. Además, mi labor como auxiliar de investigación en un centro especializado me ha permitido perfeccionar habilidades en gestión administrativa, como el seguimiento a sujetos de estudio, coordinación de visitas y manejo de plataformas digitales. Me destaco por mi atención al detalle, mi capacidad para organizar y dar seguimiento a procesos, y mi enfoque orientado a resultados precisos y eficientes.

FORMACIÓN ACADÉMICA

COLEGIO INTEGRADO ALFONSO GOMEZ GOMEZ | GALAN, SANTANDER | BACHILLERATO ACADÉMICO
2011

ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER | IBAGUÉ, TOLIMA | TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR DE ENFERMERIA
2017

TALLERES Y CURSOS

- Certificado de Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue, dictado por Campus Virtual de Salud Pública- OPS, duración 20 horas, Organización Panamericana de la Salud, 17 de Octubre de 2023.
- Certificado por competencias laborales en la norma Administrar Inmunobiológicos según delegación y normativa de salud-NIVEL AVANZADO, dictado por Centro de Comercio y Servicios-Regional Tolima, Ibagué, Tolima, 10 de octubre de 2023.
- Certificado por competencias laborales en la norma Orientar según normativa de salud-NIVEL AVANZADO, dictado por Centro de Comercio y Servicios-Regional Tolima, Ibagué, Tolima, 10 de octubre de 2023.
- Curso en Soporte Vital Básico, dictado por Centro de Comercio y Servicios – Regional Tolima, duración 20 horas, Ibagué, Tolima; 28 de Junio de 2023.
- Curso en Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencias Sexuales, dictado por Centro de Formación de Talento Humano en Salud – Regional Distrito Capital, duración 20 horas; Bogotá, DC; 05 de agosto de 2022.
- Curso en Humanización de la Atención en Salud, dictado por Centro de Comercio y Servicios – Regional Tolima, duración 48 horas; Ibagué, Tolima; 09 de noviembre de 2021.
- Curso en Normas de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6(R2) y Regulación en Investigación Clínica para Colombia, dictado por Corporación Salud, duración 8 horas virtuales; Bogotá, D.C; 24 de Octubre de 2021.
- Curso en Manejo de la Vacunación COVID-19 en Colombia, dictado por Centro de Comercio y Servicios – Regional Tolima, duración 48 horas; Ibagué, Tolima, 04 de febrero de 2021.

EXPERIENCIA LABORAL

Empresa: Centro de Atención e Investigación Médica CAIMED SAS
Cargo: Vacunadora
Jefe Inmediato: Leidy Johanna Lozano
Fecha de Inicio: 11 de septiembre de 2023
Fecha de finalización: 05 de marzo de 2025

Empresa: Virrey Solís IPS
Cargo: Auxiliar de Enfermería Vacunación
Jefe Inmediato: Enf. Angélica Mansfach
Fecha de Inicio: 03 de abril de 2023
Fecha de finalización: 02 de junio de 2023

Empresa: Centro de Atención e Investigación Médica CAIMED SAS
Cargo: Auxiliar de investigación
Jefe Inmediato: Paula Ochoa
Fecha de Inicio: 25 de octubre de 2021
Fecha de finalización: 31de marzo de 2023

Empresa: Promover SAS
Cargo: Auxiliar de Enfermería Vacunación
Jefe Inmediato: Diana Gil-Nini Montealegre
Fecha de Inicio: 01 de febrero 2019
Fecha de finalización: 23 de octubre 2021

REFERENCIAS FAMILIARES

GUILLERMO ANTONIO LEON MEDINA, Pensionado
Policía Nacional 3112648455

KELLY XIOMARA LEON CUESTA, Profesional en Bibliotecología y Archivística
Auxiliar Administrativa UNIMINUTO 3186869547

WILSON FERNANDO LEON MEDINA, Administrador de empresas
Independiente 3132658690

REFERENCIAS PERSONALES

LEIDY JOHANNA LOZANO GALEANO, Bacterióloga
Gerente-Coordinadora de estudios clínicos sede Ibagué
CAIMED SAS
3108711585

PAULA MARCELA OCHOA CASTAÑEDA, Médica
Gerente Médica sede VITA
CAIMED SAS
3045684592

LIZETH JULIANA HORTA BLANDON, Psicóloga
Independiente
3142021960

TATIANA VANESSA TORRES, Auxiliar de enfermería
Auxiliar de enfermería
3102923958

Dayanny Stephany León Cuesta

Dayanny Stephany León Cuesta

DAYANNY STEPHANY LEÓN CUESTA
C.C: 1.101.693.925 de Socorro-Santander

97

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Integrado

Alfonso Gómez Gómez

Galán - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 003892 del 26 de marzo de 2010.

Confiere a

Nayanny Stephany León Cuesta

Identificado(a) con TI No. 950624116 36 Expedida en Galán

El Título de

Bachiller Académico

con énfasis en Comercio

Por haber culminado la Educación Media Académica y haber cumplido con todos los requisitos de promoción adoptadas por el establecimiento educativo en su Proyecto Educativo Institucional de acuerdo con la ley y las normas vigentes.

Rector,

Secretaria,

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 2 Folio No. 31 Diploma No. 16

Dado en Galán, a 3 de Diciembre del año 2011

Powered by CamScanner

98

COLEGIO INTEGRADO ALFONSO GÓMEZ GÓMEZ

CALÁN - SANTANDER

168296000017

169

DIURNA

Acta de Grado

En la ciudad de Calán, a los 03 días del mes de diciembre de 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO INTEGRADO ALFONSO GÓMEZ GÓMEZ**, Institución aprobada hasta undécimo grado en el nivel de Educación Media **ACADÉMICA** y reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación del Departamento de Santander para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **ACADÉMICA**, según Resolución No. 003892 del 26 de marzo de 2010.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media ACADÉMICA, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO
CON ÉNFASIS EN COMERCIO

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

LEÓN CUESTA DAYANNY STEPHANY
T.I. 950624-11636 de Galán

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 020 de fecha 3 de diciembre de 2011, que consta de 29 estudiantes graduandos, que inicia con el nombre de PEDRO LUIS AYALA RUEDA y cierra con el nombre de YENNE ANDREA VÁSQUEZ GALVIS

Firmada y sellada por PEDRO JOSÉ SANTOS LOZA (Rector) y AMPARO ARTEAGA ARDILA (Secretaria).

Dada en Calán, a los 03 días del mes de diciembre del año 2011

Rector,
C.C. No. 91.102.057 DE SOCORRO

Secretaria,
C.C. No. 28.134.405 DE CALÁN

Powered by CamScanner

La República de Colombia
Secretaría de Educación de Ibagué - Tolima
El Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 00002587 del 1 de Noviembre de 2016 emanada de la Secretaría de Educación de Ibagué, Tolima, y Acuerdo No. 084 del 30 de Marzo de 2016 expedido por la comisión intersectorial para el Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y la Protección Social de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1984 de 2009.

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico Laboral por Competencias en:

Auxiliar en Enfermería

A:

Dayanny Stephany León Cuesta

Identificado (a) con la C. C. No. 1.101.693.925 De Icononzo

Por haber cursado y aprobado el programa Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1800 horas.

Dado en Ibagué, Tolima, a los 15 días del mes de Diciembre de 2017

ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER

Director

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
02 NOV 2018
3351

Secretario (a)

Anotado al libro de Registro No. 3 Folio 118 Nº 0113

Powered by CamScanner

100

Escuela de Salud
"San Pedro Clavet"
Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
E.S.S.P.C.

FOLIO: 118
Inscripción: S.E.D.:
Inscripción: M.S.N.
Inscripción: M.S.N.

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Ibagué - Tolima a los QUINCE (15) DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2017 se reunieron, con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos de **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"**, Institución aprobada por el **MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL** según Acuerdo Ejecutivo, **LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPIO DE IBAGUÉ**, autorizado para otorgar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS** No. 0113
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS DE AUXILIAR EN ENFERMERIA**, se procedió a otorgar el CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, al egresado cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. o T.I.	LUGAR DE EXPEDICIÓN
DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA	1,101,693,825	SOCORRO

Es fiel copia tomada del Acta Original General No 39 de fecha DIC. 15 DE 2017 que comienza con el nombre de YULIXA AGUILAR CORRALES y se cierra con el nombre de LUISA FERNANDA YEPEZ SANCHEZ
Firmado y sellado por: LUIS ALBERTO ROBINSON QUIROZ (Director) y ABOG. ROCIO LOPEZ ROBAYO (Secretaria Académica).
Dada en Ibagué - Tolima a los QUINCE (15) DIAS DEL MES DICIEMBRE DE 2017.

ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER DIRECTOR

Director

La Secretaria

Powered by CamScanner

101

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Dayanny Stephany León Cuesta

CC 1101693925 de Socorro, Santander

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS)
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-20
Fecha de vencimiento: 2028-01-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015

otorga

Certificado de Competencia Laboral a

DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1101693925

Quien demostró su Competencia Laboral en la

Norma

Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Código: 210101257 - Versión: 3

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en IBAGUE. A los diez (10) días del mes de Octubre de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

1107610 - 10/10/2023
No Y FECHA REGISTRO

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

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9310002210101257212CC1101693925C

102

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

Soluciones que transforman

RESOLUCION N° 3351

"Por la cual se Registra un Título y se concede autorización para ejercer como"
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

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

CONSIDERANDO

Que DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA, identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1101693925, ha solicitado el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA, según diploma N° 0113 de fecha 2017-12-15 otorgado por ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER y acta de grado N° 39.

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

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERÍA a DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1101693925, titulo otorgado por ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER , según acta de grado N° 39 del 2017-12-15

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

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR a DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA, el contenido de la presente resolución, en los términos del artículo 67 y s.s del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

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

02 NOV 2018

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

SANDRA LILIANA TORRES DIAZ
Secretaria De Salud Del Tolima

Elaboró: Liliana C. Revisó: Director De Oferta De Servicios (E): Luis E Gonzalez. Vo Bo.: Oficina Juridica

104

PROMOVER

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

HACE CONSTAR:

Que la señora **DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA** identificada con cédula de ciudadanía número 1101693925, labora para esta empresa desde el 01 (primero) de febrero de 2019 hasta el 23 (veintitrés) de octubre de 2021, vinculada por medio de un contrato laboral a término fijo a un año desempeñando los siguientes cargos AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE VACUNACION, con las siguientes funciones:

- Desarrollar actividades de promoción y prevención a través del manejo del programa de vacunación a la población en general.
- Participar en jornadas de vacunación que se adelanten a nivel local, departamental o nacional.
- Diligenciar los registros físicos y/o digitales y documentos necesarios para llevar el control de la población objeto de las actividades que se desarrollan.
- Mantener una adecuada dotación de vacunas para garantizar un servicio oportuno a los usuarios, notificando mediante correo electrónico a la dirección IPS, subgerencia, control interno y dirección administrativa.
- Cumplir con el procedimiento documentado por la empresa propio para el servicio de vacunación.
- Mantener actualizada la información, de conformidad a lo establecido en la página paiweb diariamente.
- Velar por el buen funcionamiento de los equipos, instrumentos y elementos de servicio bajo su cuidado y un uso racional de los materiales.
- Administrar el biológico correctamente y diligenciar el carnet según esquemas contratados con las diferentes empresas y según las normas del PAI.
- Realizar recepción correcta de documentos necesarios para la prestación del servicio (documento de identidad, autorización de la EPS o la verificación del estado de afiliación).
- Realizar educación al usuario y a la familia acerca del proceso a seguir después de la aplicación de la vacuna.
- Promocionar la venta de los biológicos que no están dentro del Plan Obligatorio de Salud.
- Velar por la adecuada atención de los usuarios.
- Velar por el buen uso de la nevera de almacenamiento de los biológicos manteniéndola bien cerrada y seca, efectuando la toma de temperatura dos veces al día y diligenciando el formato diariamente de temperatura oportunamente.

PROMOVER

- Participar de las auditorías realizadas por el área de control interno, teniendo en cuenta que se debe de coincidir el inventario del sistema visof con el inventario físico.
- Velar por el buen estado de los biológicos verificando su fecha de vencimiento, actualizando la semaforización correspondiente de los mimos.
- Realizar semanalmente la toma física de los inventarios los cuales se descargan del sistema visof y se envían escaneados al correo electrónico de la dirección IPS, subgerencia, auxiliar de control interno, velando por la custodia del archivo físico del mismo.
- Realizar apoyo con la ejecución del informe mensual establecido por la secretaria municipal de salud caracterizando la población vacunada (EPS, municipio, nacionalidad, edad, esquema) diligenciando todas las planillas determinadas ejecutando el envió de a la entidad competente, dirección IPS, subgerencia, enfermero jefe, guardando la información en forma digital en la carpeta correspondiente.
- Realizar apoyo en la solicitud de los biológicos faltantes dentro del esquema pos PAI a la secretaria de salud municipal mensualmente, mediante la página paiweb los primeros días del mes y recoger los mismos con el procedimiento establecido manteniendo la cadena de frio adecuadamente.
- Reportar oportunamente los eventos adversos que se presenten con el usuario, al jefe inmediato y la dirección de IPS, para establecer medidas de control y seguimiento.
- Velar por la custodia del inventario de biológicos, reportando a la dirección IPS cualquier novedad que se presente.
- Realizar mensualmente el informe PAI para la secretaria de salud en las fechas establecidas para éste.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Ibagué a los 10 (Diez) días del mes de enero del año 2026.

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

ANGELICA MARIA MENESES MOLINA
Coordinadora de Talento Humano

106

VitSup

FORMAMOS PARA SALVAR VIDAS

CERTIFICA QUE

Dayanny Stephany león Cuesta
C.C. 1.101.693.925

Participó activamente en el curso virtual

HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

Entregado en **Ibagué - Tolima** el **día 29 de mayo del 2024**

Estefania Hernandez

ESTEFANIA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ
REPRESENTANTE LEGAL
CERV-0847

La validez de este certificado puede ser verificada en el correo **vitalsasibague@gmail.com**

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

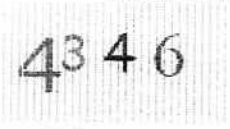
Número de Identificación *

1101693925

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5970

Limpiar

Resultado General -2026-01-13→12:17:06 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1101693925	DAYANNY	STEPHANY	LEON	CUESTA	Vigente

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) DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA identificado(a) con CC 1101693925 registra La siguiente información:

2026-01-13→12:17:06 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2018-11-02	3351	GOBERNACION DEL TOLIMA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.101.693.925
LEON CUESTA
APELLIDOS
DAYANNY STEPHANY
NOMBRES

Dayanny Stephany León Cuesta
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1995
MANI
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-JUN-2013 SOCORRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2719900-00470448-F-1101693925-20130918 0034906374A 1 40520387

109

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 13 de enero de 2026, a las 13:46:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1101693925
Código de Verificación	1101693925260113134605

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

110

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 288456533

PIB
13:42:31
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 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) DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1101693925:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:22:51 PM horas del 13/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1101693925**

Apellidos y Nombres: **LEON CUESTA DAYANNY STEPHANY**

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

112

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/01/2026 02:20:25 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1101693925** y Nombre: **DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA.**

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. **132415233** . 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

113

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

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo Dayanny Stephany León Cuesta identificado (a) con C.C 1101693925 expedida en Socorro Santander 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;

Dayanny Stephany León C.

C.C 1101693925

FECHA EXPEDICION C.C: 25-Jun-2013

114

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 14:43:48 horas del 13/01/2026, el ciudadano identificado con cedula de ciudadanía No. **1101693925,** Apellidos y Nombres **LEON CUESTA DAYANNY STEPHANY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

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

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

115

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 82c7bcb1-a7c2-4c77-9f88-ab82bd5fc69

Nombres y apellidos / Full name

DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 0 1 6 9 3 9 2 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

24/06/1995

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3202457986

Correo electrónico / e-mail

dayannyleon.2406@outlook.es

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sarampión Rubéola	Adicional	24	2	2012		012N1017	PROMOVER LTDA	EDILIA
TD Adulto	Primera	1	9	2016		D2276	IBAGUE FUERZAS MILITARES DISPE	
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	1	9	2016		AHBVC536BL	PREVEINMUNE	PREVEINMUNE
TD Adulto	Segunda	6	10	2016		D2277	IBAGUE FUERZAS MILITARES DISPE	
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	6	10	2016		AHBVC536BL	PREVEINMUNE	PREVEINMUNE
TD Adulto	Tercera	3	3	2017		D2288	IBAGUE FUERZAS MILITARES DISPE	
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	3	3	2017		AHBVC544AO	PREVEINMUNE	PREVEINMUNE
Influenza Adultos Particular	Anual	31	5	2019		UJ150AC	PROMOVER LTDA	ANA MAYERI CAPERA DAZA
TD Adulto	Cuarta	9	7	2019		221502016B	IBAGUE CORPORACION IPS TOLIMA	Luz Mary Cubillos Reyes
VPH	Primera	5	12	2019		R027276	PROMOVER LTDA	YURI MARCELA RODRIGUEZ FRANCO
Hepatitis B Adultos Particular	Refuerzo	12	12	2019		UFX19002	PROMOVER LTDA	DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA
TD Adulto	Quinta	10	10	2020		2338X004AE	PROMOVER LTDA	ANA MAYERI CAPERA DAZA
COVID PFIZER	Primera	27	2	2021		EN1195	PROMOVER LTDA	ANA MAYERI CAPERA DAZA
COVID PFIZER	Segunda	20	3	2021		EN1195	PROMOVER LTDA	ANA MAYERI CAPERA DAZA

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

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

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

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

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

116

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 69b7bcb1-a7c2-4c77-9f58-d9d32e5dc89

Nombres y apellidos / Full name: **DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 1 0 1 6 9 3 9 2 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **24/06/1995**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3202457986**

Correo electrónico / e-mail: **dayannyleon.2406@outlook.es**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	25	6	2021	BUTANTAN	230049	Virrey Solis IPS	DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	23	7	2021		V50221006	PROMOVER LTDA	ANA MAYERI CAPERA DAZA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	16	2	2022	PFIZER	34511TB	PROMOVER LTDA	NURY MARCELA ROJAS VERGAÑO
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	13	4	2023	PFIZER	PCB0019	Virrey Solis IPS	IVON TATIANA TAPIERO SIMANCA
Hepatitis B Adultos Particular	Refuerzo	8	8	2023		03424008F	PROMOVER LTDA	ESTEFANIA MORENO
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	23	1	2024		AC37B411AH	CENTRO DE ATENCION E INVESTIGACION MEDICA IBAGUE	JOHANA PATRICIA DUCUARA BOCANEGRA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	30	4	2024	Green Cross	V50524002	CENTRO DE ATENCION E INVESTIGACION MEDICA IBAGUE	JOHANA PATRICIA DUCUARA BOCANEGRA
Triple Viral Particular	Primera	15	5	2024		A69CF581A	CENTRO DE ATENCION E INVESTIGACION MEDICA IBAGUE	JOHANA PATRICIA DUCUARA BOCANEGRA
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	24	7	2024		V3K583V	PROMOVER LTDA	JOHANA DUCUARA
Varicela Particular	Primera	2	12	2024		Y011623	PROMOVER LTDA	JOHANA DUCUARA
Sarampión Rubéola	Adicional	24	2	2025	Serum	0091N013B	CENTRO DE ATENCION E INVESTIGACION MEDICA IBAGUE	DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA - CC1101693925 - Activo
VPH Particular	Segunda	28	2	2025		X009853	CENTRO DE ATENCION E INVESTIGACION MEDICA IBAGUE	JOHANA PATRICIA DUCUARA BOCANEGRA - CC1110447854 - Activo
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	10	7	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	PROMOVER LTDA	HEIDY JOHANA TRIANA MONTIEL - CC1104544243 - Activo
COVID PFIZER JN1	Adicional	23	10	2025	PFIZER	ME0450	PROMOVER LTDA	DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA - CC1101693925 - Activo

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

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

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

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

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

ANALICEMOS
Laboratorio Clínico Especializado

LABORATORIO CLÍNICO

Nit: 901.087.458-1

10019641

Orden No	: 10019641	**Autorización**	: FEC 28895
Paciente	: DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA	**No. Contrato**	:
Documento	: 1101693925	**Tipo de Contrato**	: PARTICULAR
Edad/Sexo	: 29 / F **F. Nacimiento :** 24/06/1995	**Fecha Ingreso**	: 2025-03-27 07:56:33
Convenio	: PARTICULARES	**Fecha de Impresión**	: 2025-03-27 11:31:36.
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Factura No.**	:

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
ESPECIALES			
HEPATITIS B - Ac CONTRA Ag DE SUPERFICIE: Técnica: Electroquimioluminiscencia.	**171.2**	mUI/mL	

Valores de Referencia:
Negativo: Menor de 10.0 mUI/mL.
Positivo: Mayor de 10.0 mUI/mL.
Valores mayores de 10.0 mUI/mL indican protección.

Revisado por:

DANIELA GONZALEZ GARZON
Bacteriologa
1053785690

Validado por:

MARIA CAROLINA VALDERRAMA
BACTERIÓLOGA
28549583
Validación: 27/03/2025 11:30:35 a

18

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: 13-Enero-2026

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Dayanny Stephany León Acosta

Documento de Identidad: 1101693925 de: Socorro (Santander)

Fecha Nacimiento: 24-Jun-1995 Edad: 30 años Sexo: Femenino

Celular: 3202457986

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

Dayanny Stephany León C.

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

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

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

RECEPTOR:

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

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

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

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

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

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

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

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

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

Federico Lleras Acosta	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: 13-Enero-2026 Ciudad: Ibagué, Tolima

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Dayanny Stephany León Acosta

No. C.C : 1101693925

FIRMA: Dayanny Stephany León C.

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	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión: 3
		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

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

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

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

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

DECLARACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibague a los ( ) 13 días del mes de Enero del Año 2026.

Firma: Dayanny Stephany León Cuesta

Nombre: Dayanny Stephany León Cuesta

C.C No: 1016093925 **de:** Socorro (Santander)

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_____

123

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 1101693925 **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 14/01/2026 08:21 AM

Código Verificación: **L4BG1UE59M**

Válida hasta: **14/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

banco popular

CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
Ibague

El Banco Popular, hace constar que el cliente PROMOVER SAS identificado con NIT Persona Jurídica No. 809.002.913, actualmente posee el siguiente producto radicado en la oficina 551 Avenida Quinta con las siguientes caracteristicas:

Tipo de Producto:	CUENTAS CORRIENTES
Número:	110-551-12293-0
Fecha de Apertura:	1997-04-03
Nombre Cuenta	PROMOVER SAS,
Estado	ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a A quien interese
Elaborada en la oficina 551 AV-QUINTA el dia 02 del mes 01 del año 2026

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Sin firma autografa art. 10 decreto 836 de 1991.
BANCO POPULAR

Fogafín

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

Fecha: Ibagué,

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Número del Contrato: 2026-

Nit: 809.002.913-3

Contratista: PROMOVER SAS

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.9.9.01

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

Certificado de Disponibilidad Presupuestal a afectar:

Valor: $12.600.000

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO, PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E. por cuatro (4) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizador

Diego Fernando Padilla Mendieta
MÉDICO CIRUJANO
UNIBOYACA
RM 730382

DIEGO FERNANDO PADILLA MENDIETA
Subgerente científico

Autorización Ordenador del Gasto:

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

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ am ___ pm___

Diligenció

Nombre: *Alejandra Martínez* Firma:

Fecha:

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