


9Página 1 de 1	<b>PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS</b>	
Código 2BS-FR-0046		
Fecha 16-10-2013	<b>FORMATO REVISIÓN ES ESTUDIOS PREVIOS</b>	
Versión: 0		

**HOSPITAL CENTRAL- POLICIA NACIONAL**

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: Bogotá, – Hospital Central 357573

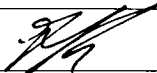
No. Consecutivo \_\_\_\_\_ No. SISCO \_\_\_\_\_

Objeto: <b>TECNICO ASISTENCIAL –AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	Valor: \$9.039.789,60
--	--------------------------


**FUNCIONARIO – UNIDAD QUE PRESENTA EL ESTUDIO PREVIO:** Intendente HECTOR LEONARDO PINEDA RAMIREZ– Supervisor Del Contrato – Departamento De Enfermería – Hospital Central De La Policía.


**OBSERVACIONES DEL ESTUDIO PREVIO:**

**FUNCIONARIO QUE PARTICIPA EN LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO.**

CARGO	GRADO	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Responsable proceso (unidad dueña necesidad)	Intendente	HECTOR LEONARDO PINEDA RAMIREZ	
Analista de contratos (quien revisa)			
Jefe área o grupo contratación			
Jefe grupo precontractual (unidad)			

**PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO**

FECHA	GRADO	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
				Valor: \$9.039.789,60
	Intendente	HECTOR LEONARDO PINEDA RAMIREZ	Jefe Departamento de Enfermería (e)	

Página 1 de 12	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICÍA NACIONAL
CÓDIGO: 2BS-FR-0004		
FECHA: 15-01-2016	FORMATO DE DILIGENCIAMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS	
VERSIÓN: 7		

**HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL**

Bogotá, 02 de julio de 2020

**1. DEFINICIÓN O IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ANALISIS DEL SECTOR**

<b>1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO</b>	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como <b>Técnico Asistencial –Auxiliar de Enfermería. Según resolución 125 del 08 de Abril de 2020 de la Dirección de Sanidad</b>			
<b>1.2 VALOR ESTIMADO</b>	El total del contrato es de nueve millones treinta y nueve mil setecientos ochenta y nueve pesos con sesenta centavos, moneda corriente. (\$9.039.789,60)			
<b>1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, Y/O VIGENCIAS FUTURAS</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>RECURSO</b>	<b>VALOR VIGENCIA</b>
	Resolución N° 001 del 02/01/2020	2020	16	\$9.039.789,60
	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>			\$9.039.789,60
	Certificado Plan Anual de Adquisiciones No. <u>1185</u> De fecha. <u>01-07-2020</u>			
<b>1.4 CLASE DE CONTRATO</b>	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión ó para la ejecución de trabajos artísticos, que solo puedan encomendarse a determinadas personas naturales.			
<b>1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES</b>	Título: <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b> Experiencia Labora Cero (0): Según la Resolución 125 de 08 de Abril de 2020.			
<b>1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN</b>	<p>EL ESPHA Hospital Central Policía Nacional requiere la contratación de <b>Técnico Asistencial –Auxiliar de Enfermería. Según resolución 125 de 08 de Abril de 2020 de la Dirección de Sanidad</b>, teniendo en cuenta que no existe personal de planta para cubrir las necesidades del servicio. Teniendo en cuenta que la enfermería es un proceso transversal que se encuentra inmerso en el desarrollo y ejecución de los procedimientos de atención en salud, como parte del direccionamiento estratégico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, encontrando entre otros los siguientes procedimientos; apoyo clínico, apoyo terapéutico, atención en consulta externa, ayudas diagnósticas y terapéuticas, hospitalización y hotelería hospitalaria, asistencia en procedimientos quirúrgicos, asistencia en procedimientos y atención de urgencias. Considerando el incremento en las actividades de atención por parte del Departamento de Enfermería del Hospital Central en los diferentes servicios como son: el servicio de hospitalización con pacientes pediátricos, pacientes adultos hombres y mujeres de medicina interna pacientes en hospitalización quirúrgicos, pacientes de ginecología maternas por parto por cesárea y alto riesgo medicina interna, servicios de urgencias ayudas diagnósticas, consulta externa, unidades de cuidado intensivo adulto pediátrico, neonatal y programas especiales. Tomando en consideración que la prestación del servicio de enfermería debe adelantarse en condiciones de calidad, eficiencia enfocado en la seguridad hacia el paciente teniendo en cuenta el incremento de usuarios en los diferentes servicios, las problemáticas de la demanda se considera que las formas para atender o resolver esta problemática será a través de la contratación de este servicio profesional. Se requiere adelantar la contratación de los servicios de un auxiliar de enfermería para prestar atención en salud, de acuerdo a las necesidades de la entidad y conforme a los lineamientos y protocolos del Departamento de Enfermería con ética y calidad en el ámbito ambulatorio y hospitalario, inherente a la atención de III nivel a fin de garantizar la segura, adecuada y oportuna atención de los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional adscritos al Hospital Central. El Hospital Central no cuenta con los medios para satisfacer esta necesidad, por lo que la forma de satisfacerla es mediante la contratación del servicio a través de un tercero; igualmente, el presupuesto para la contratación se encuentra incluido en el plan anual de adquisiciones del Departamento de Enfermería del Hospital Central de la Policía Nacional.</p>			

## 2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta la naturaleza jurídica del contrato a realizar, se adelanta el proceso de contratación directa Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como **Técnico Asistencial –Auxiliar de Enfermería Según resolución 125 de 08 de Abril de 2020 de la Dirección de Sanidad.**

CONTRATACIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN, O PARA LA EJECUCIÓN DE TRABAJOS ARTÍSTICOS QUE SOLO PUEDEN ENCOMENDARSE A DETERMINADAS PERSONAS NATURALES

Basado en la normatividad legal vigente, artículos 2 °, numeral 4, literales h) de la Ley 1150 de 2007 y de acuerdo al artículo 2.2.1.2.1.4.9., del Decreto 1082 de 2015 que establece “Para la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión la entidad estatal podrá contratar directamente con la Persona Natural ó Jurídica, que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y que haya demostrado la idoneidad y experiencia directamente relacionada con el área de que se trate, sin que sea necesario haber obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el Ordenador del Gasto deberá dejar constancia escrita”.

## 3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

### 3.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

- Los factores de verificación técnica están descritos en el Anexo No. 1 del presente estudio previo.

#### 3.1.1 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

##### 3.1.1.1 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

El nivel académico debe haber sido recibido en entidades educativas debidamente reconocidas ante el Ministerio de Educación y estar asociado a los niveles de primaria, secundaria, técnica, tecnológica, profesional-universitaria, especializaciones, maestrías y doctorados.

##### 3.1.1.3 HABILIDADES

- Comunicación asertiva: Que permita tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, prestando un servicio respetuoso, efectivo, humanizado, cercano al ciudadano y de calidad que garantice el cumplimiento de todas las actividades inherentes a su quehacer que propendan por la seguridad del paciente.
- Capacidad de trabajo en equipo, que le permita tener actitud de aprendizaje y mejora continua.
- Informática, nivel usuario.
- Capacidad de promover y adaptarse al cambio, para poder adquirir compromisos y responsabilidades.
- Visión continua e integral de los procesos con respeto y valoración del trabajo de los demás.
- Afrontamiento del estrés que le permita sensibilizarse con las necesidades de los demás.

##### 3.1.1.4 FORMACIÓN:

Título: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

##### Experiencia

Experiencia Laboral Cero (0), SEGÚN la Resolución 125 de 08 de Abril de 2020.

Cuando aplique experiencia se deberá adjuntar la certificación que soporte dicho requisito.

## 4 CONDICIONES DEL CONTRATO

### 4.1 LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIOS

La prestación del servicio como **TÉCNICO ASISTENCIAL –AUXILIAR DE ENFERMERÍA. Según resolución 125 de 08 de Abril de 2020 de la Dirección de Sanidad.** Se realizará en el Hospital Central de la Policía Nacional ubicado en la carrera 59 No. 26 - 21 CAN, Dirección de Sanidad Policía Nacional ubicada en la calle 44 No. 50 – 51, edificio Edgar Yesid Duarte Valero torre A y B y/o donde determine el supervisor del contrato.

### 4.2 FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Se realizará cumpliendo con las obligaciones del contratista enumeradas en el **Anexo No. 2**, de acuerdo con las especificaciones técnicas relacionadas en el **Anexo No. 1**, por ocho (8) horas diarias, (44) horas semanales y (190) horas mensuales, que se distribuirán en diferentes actividades que se le encomienden, en la forma y organización del servicio.

#### 4.2.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El contratista debe cumplir con la Prestación del Servicio, el cual iniciará a partir de la aprobación de la garantía única, suscripción de la carta de inicio y por un total de ciento setenta y uno (171 DIAS)

VIGENCIA	DIAS	VALOR POR MES	VALOR TOTAL
2020	171 DIAS	\$1.585.928.00	\$9.039.789,60
TOTAL			\$9.039.789,60

#### 4.3 FORMA DE PAGO

El ESPHA Hospital Central Policía Nacional, pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Bogotá, D. C. en pagos mensuales, dentro de quince (15) días calendario siguiente a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de los siguientes documentos:

- Constancia recibo a satisfacción (2BS-FR-0045) se deben incluir las actividades desarrolladas del mes a cobrar
- Cuenta de cobro
- Certificación de Declarante o no del Impuesto sobre la Renta.
- Copia Planilla de pago de aportes al Sistema de seguridad Social en Salud, pensión y ARL
- Copia del RIT (Registro de información Tributaria), la cual deberá ser allegada únicamente para el primer pago.
- Certificación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 65 de la ley 1819 de 2016 y demás normatividad vigente.

El pago se realizará dentro de los quince (15) días calendario una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión y ARL, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos por el Hospital Central, de acuerdo con el derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC).

Si los documentos en referencia no son entregados dentro del plazo establecido, o son devueltos por el Hospital Central por inconsistencias como falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, el Hospital Central se obliga a cancelar la cuenta el mes siguiente a la fecha programada en el PAC, aprobado por Ministerio de Hacienda.

#### 4.3 SUPERVISOR O INTERVENTOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será el JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL CENTRAL. Correo electrónico [hocen.enfer@policia.gov.co](mailto:hocen.enfer@policia.gov.co) o quien haga sus veces, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto contractual, de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018.

#### 4.4 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las obligaciones del contratista están descritas en el Anexo No. 2

#### 4.5 OBLIGACIONES DEL ESPHA HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL

Las obligaciones del Hospital Central - Policía Nacional, están descritas en el Anexo No. 3.

#### 5 ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

Los factores que se deben tener en cuenta en la identificación y distribución de los riesgos y garantías (Garantía Única), Se relacionan en el Anexo No. 4 del presente Estudio y Documentos Previos.

#### 6. ANEXOS DEL ESTUDIO

Son anexos del presente Estudio Previo los siguientes:

- Anexo No. 1 Condiciones Técnicas
- Anexo No. 2 Obligaciones generales del Contratista
- Anexo No. 3 Obligaciones generales del Contratante
- Anexo No. 4 Estimación, tipificación, asignación de riesgos y determinación de garantías.
- Anexo No. 5 Constancia de la oficina Talento Humano, donde certifica que en la planta de personal no existe personal con el perfil solicitado disponible.
- Anexo No. 6 constancia de Idoneidad y Experiencia



**Intendente HECTOR LEONARDO PINEDA RAMIREZ**  
**Cedula de Ciudadanía 80.149.409**  
**JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA (E)**

**Para prestación de servicios profesionales, se debe anexar adicionalmente los siguientes documentos:**  
**PERSONA NATURAL:**

- propuesta o carta de ofrecimiento del servicio.
- fotocopia de la cedula de ciudadanía ampliada al 150%
- fotocopia de la libreta militar o pantallazo de la verificación (<https://www.libretamilitar.mil.co/modules/consult/militarysituation>)
- tribunal de ética médica / odontológica / enfermería (no superior a 90 días de expedición)
- inscripción en el rethus (registro único nacional del talento humano en salud).
- carné de vacunación con el esquema completo de:
  - hepatitis b esquema completo tres dosis **cada 5 años**
  - tétanos esquema completo tres dosis **cada 10 años**
  - influenza **anual**
- carné de radio protección para el personal que trabaje expuesto a radiaciones ionizantes.
- diploma y acta que certifique o acredite la especialización o supra-especialización (solo aplica para especialistas)
- documentos que acreditan la experiencia de acuerdo con la resolución 125 de 08 de Abril de 2020 (si aplica)
- certificación de antecedentes disciplinarios, penales, administrativos, fiscales y/o contravencionales. (se anexa pantallazo de la consulta realizada ante las páginas web de la policía nacional, procuraduría, contraloría y sistema de registro nacional de medidas correctivas rnmcc).
- constancia de afiliación a entidad promotora de salud como independiente (no superior a 90 días de expedición)
- constancia de afiliación al fondo de pensiones (si es pensionado allegar copia de resolución) (no superior a 90 días de expedición)
- formato información a terceros
- certificación bancaria vigente
- declaración de bienes y rentas vigente.
- certificado de registro único tributario (Rut) expedido por la dirección de impuestos y aduanas nacionales Dian. la actividad económica deberá corresponder a la profesión liberal que va a realizar.
- examen pre-ocupacional (con fecha no superior a 3 años – debe estar vigente durante la ejecución del contrato)
- certificación curso soporte vital básico vigente (todo el personal de servicio médico asistencial).
- certificación curso soporte vital avanzado vigente (todo el personal de servicio médico asistencial de urgencias de baja y alta complejidad, atención prehospitalaria, excepto camilleros y auxiliares).
- certificación de código blanco - atención integral en salud a víctimas de violencia sexual y de género vigente (todo el personal de servicio médico asistencial sin excepción)

**ANEXO No. 1**  
**CONDICIONES TÉCNICAS**

**1. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA**

<b>TÉCNICO ASISTENCIAL –AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>	<b>Título AUXILIAR DE ENFERMERIA</b> Experiencia Labora Cero: SEGÚN LA RESOLUCION 125 de 08 de Abril de 2020.
--	--

**2. HORAS PRESTACION DE SERVICIOS Y HONORARIOS**

No.	Denominación	Horas Prestación Servicio			Honorarios Mes
		Día	Semana	Mes	
1	TÉCNICO ASISTENCIAL –AUXILIAR DE ENFERMERÍA	8	44	190	\$1.585.928.00

**3. ACTIVIDADES PROGRAMADA**

Como funcionario asistencial, el contratista deberá ejecutar las siguientes actividades:

ACTIVIDADES ASISTENCIAL	UNIDAD DE MEDIDA	HORAS SEMANA
Hacer el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo institucional y a la hora establecida por la institución para tal fin junto con el equipo de auxiliares y enfermeras jefes que entregan y quienes reciben el servicio.	Auditoría	5
Asistir a los profesionales de la salud tratantes en los procedimientos a fin de coadyuvar en la atención integral del paciente.	Acompañamiento	4
Ejecutar el plan de actividades de enfermería teniendo en cuenta el tipo de paciente y su patología; pacientes de alta, mediana y baja complejidad realizando todas y cada una de sus actividades con ética y moral de acuerdo a la normatividad establecida para el ejercicio de la enfermería.	Informe	4
Realizar la atención de ingreso, egreso y de traslado de pacientes de acuerdo a los protocolos instituciones y bajo la seguridad del paciente	Gestión	4
Realizar las notas de enfermería en la historia clínica SISAP, PANEL DE ENFERMERIA Y KARDEX, en orden cronológico y de forma clara, amplia, coherentes, reales (manual o sistematizada) de la atención del cuidado básico diario (baño, cuidados de la piel, cambio de tendidos de unidad, asistencia a la alimentación, asistencia a la eliminación) realización de procedimientos, actividades e intervenciones; inherentes a su patología y estado actual.	Gestión	4
Mantener informado a la enfermera jefe sobre los procedimientos, exámenes realizados y cambios que observe en los pacientes, observando permanentemente su evolución, signos vitales, administración y balance de líquidos y estado general del mismo.	Informe	3
Administrar y registrar la administración de los medicamentos, mezclas, transfusiones y tratamientos especiales bajo la supervisión de la Enfermera Profesional del turno.	Informe	3
Realizar la movilización y traslado de pacientes de un área a otra y bajo riesgo (cuando sea necesario la hará conjuntamente con el personal de enfermería del servicio).	Acompañamiento	4
Adherirse y cumplir de forma permanente los protocolos del departamento de enfermería según el lugar asignado para el cumplimiento de sus funciones ejerciendo su profesión con ética y moral; priorizando en todos los servicios el cumplimiento del protocolo de bioseguridad aplicando las medidas de asepsia y prevención de infecciones intra hospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente, que asegure un ambiente sano y seguro a los pacientes.	Informe	3
Participar en los programas docente asistenciales que desarrolle el hospital central, dirección de sanidad mediante los convenios con otros centros educativos o de formación.	Informe	4
Dar cumplimiento y realizar seguimiento a las directivas institucionales que procedan para la prestación del servicio, participando activamente en las brigadas de salud programadas por la dirección de sanidad en aquellos sitios donde la entidad la requiera.	Acompañamiento	3
Cumplir con el decálogo genérico para la atención al usuario. trato humanizado.	Informe	3

## ANEXO No. 2 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.) Cumplir con el objeto contractual.
- 2.) El contratista deberá suscribir las pólizas, según los establecido en la cláusula "MECANISMOS DE COBERTURA, a cargo del Contratista"
- 3.) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilataciones y trabas.
- 4.) Responder en los plazos que el Hospital Central establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
- 5.) Cumplir cabalmente con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social integral, en los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 4703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007, Decreto 1273 de 2018, lo cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados. De acuerdo con el artículo 1° de la Ley 828 de 2003, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora, mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa.
- 6.) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el contratista deberá informar de tal evento a la Dirección del Hospital Central para que se adopten las medidas necesarias.
- 7.) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismo en el proceso de ejecución.
- 8.) Restituir al Hospital Central los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se haya suministrado.
- 9.) Contribuir con el desarrollo del establecimiento de Sanidad Policial donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios.
- 10.) Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por la **DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL**, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor. Los bienes que entregue la Entidad al **CONTRATISTA** para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual se suscribirá al inicio del contrato.
- 11.) Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera.
- 12.) Ejercer su profesión con moral y ética.
- 13.) Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la **DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL** para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales.
- 14.) Rendir los informes que la **DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL** requiera dentro de los plazos determinados.
- 15.) Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar y emitir los conceptos que se requieran.
- 16.) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular, responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida, que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros...)
- 17.) Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la **POLICÍA NACIONAL**, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.
- 18.) Si durante la ejecución del contrato surgen **INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**, el contratista deberá informar al Supervisor del contrato ya la Dirección del Hospital, para adelantar el trámite correspondiente.
- 19.) Cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato, el Contratista deberá presentar al supervisor del mismo un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el término de su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las actividades del objeto contractual.

**20.)** El **CONTRATISTA** se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA).

**21.)** De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2482 de 2010 en su artículo 8, una vez puesto en marcha el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP, el **CONTRATISTA** deberá incluir la información requerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

**22.)** El contratista se compromete a tener usuario registrado ante la plataforma SECOP II (Colombia Compra Eficiente) y mantenerlo activo, con el fin de aceptar digitalmente los contratos, adiciones y/o modificaciones que le sean enviados por la entidad estatal Hospital Central, así mismo deberá subir las pólizas para ser aprobadas por la Entidad estatal en el momento en que se le requiera.

**23.)** Hacer el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo institucional y a la hora establecida por la institución para tal fin junto con el equipo de auxiliares y enfermeras jefes que entregan y quienes reciben el servicio.

**24.)** Asistir a los profesionales de la salud tratantes en los procedimientos a fin de coadyuvar en la atención integral del paciente.

**25.)** Ejecutar el plan de actividades de enfermería teniendo en cuenta el tipo de paciente y su patología; pacientes de alta, mediana y baja complejidad realizando todas y cada una de sus actividades con ética y moral de acuerdo a la normatividad establecida para el ejercicio de la enfermería.

**26.)** Realizar la atención de ingreso, egreso y de traslado de pacientes de acuerdo a los protocolos institucionales y bajo la seguridad del paciente.

**27.)** Realizar las notas de enfermería en la historia clínica SISAP, PANEL DE ENFERMERIA Y KARDEX; en orden cronológico y de forma clara, amplia, coherentes, reales (manual o sistematizada) de la atención del cuidado básico diario (baño, cuidados de la piel, cambio de tendidos de unidad, asistencia a la alimentación, asistencia a la eliminación) realización de procedimientos, actividades e intervenciones; inherentes a su patología y estado actual.

**28.)** Mantener informado a la enfermera jefe sobre los procedimientos, exámenes realizados y cambios que observe en los pacientes, observando permanentemente su evolución, signos vitales, administración y balance de líquidos y estado general del mismo.

**29.)** Administrar y registrar la administración de los medicamentos, mezclas, transfusiones y tratamientos especiales bajo la supervisión de la Enfermera Profesional del turno.

**30.)** Realizar la movilización y traslado de pacientes de alto, mediano y bajo riesgo (cuando sea necesario la hará conjuntamente con el personal de enfermería del servicio).

**31.)** Adherirse y cumplir de forma permanente los protocolos del departamento de enfermería según el lugar asignado para el cumplimiento de sus funciones ejerciendo su profesión con ética y moral. Priorizando en todos los servicios el cumplimiento del protocolo de bioseguridad aplicando las medidas de asepsia y prevención de infecciones intra hospitalarias de acuerdo a la normatividad vigente, que asegure un ambiente sano y seguro a los pacientes.

**32.)** Participar en los programas docente asistenciales que desarrolle el hospital central, dirección de sanidad mediante los convenios con otros centros educativos o de formación.

**33.)** Dar cumplimiento y realizar seguimiento a las directivas institucionales que procedan para la prestación del servicio, participando activamente en las brigadas de salud programadas por la dirección de sanidad en aquellos sitios donde la entidad la requiera.

**34.)** utilizar uniforme totalmente blanco, zapatos blancos de cuero antideslizante, toca, cabello recogido.

**34.) CUMPLIR CON EL DECALOGO GENERICO PARA LA ATENCION AL USUARIO. TRATO HUMANIZADO.**

## ANEXO No. 3

### OBLIGACIONES DEL HOSPITAL CENTRAL

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.
2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien el HOSPITAL CENTRAL mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.
3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado.
4. Recibir a satisfacción el servicio prestado por el CONTRATISTA, cuando este cumpla con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el "ANEXO TÉCNICO".
5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno al Hospital Central, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos por mora o incumplimiento.
6. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC, previstas para el efecto.
7. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo, como consecuencia de la suscripción del contrato.
8. Solicitar y recibir información técnica respecto del servicio y del CONTRATISTA, en desarrollo del objeto del contractual.
9. Rechazar el servicio cuando no cumpla con los requerimientos técnicos exigidos.

ANEXO No. 4

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

GARANTIAS DEL PROCESO ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS.	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 3 AÑOS MÁS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL SERVICIO.
GARANTIA UNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$50 000.000.00) AL PERSONAL ASISTENCIAL DIFERENTE A MÉDICOS U ODONTÓLOGOS, QUIENES DEBERÁN SUSCRIBIRLA POR LA SUMA DE CIENTO MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00).	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL CONTRATISTA.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURIDICO	LA NO CONSTITUCION DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ(10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UNO (1%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERON LUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA. SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

## ANÁLISIS DEL RIESGO Y FORMA DE MITIGARLO

N°	Clase	Fuente	Etapas	Tipo	Descripción (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación total	Prioridad	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	¿Cómo se realiza el monitoreo?	Monitoreo y revisión
1																			
2																			
3																			

### ANÁLISIS E IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

NRO.	CLASE	FUENTE	ETAPA	TIP O	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIAS DE LA OCURRENCIA DEL EVENTO	PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION TOTAL	A QUIÉN SE LES ASIGNA	TRATAMIENTO	CONTROLES A SER IMPLEMENTADOS
1	General	Externo	Selección	Operacional	Que no se presente personal profesional para el proceso de selección	Iniciar un nuevo proceso de contratación	3	1	4	El Hospital Central	Evitar el riesgo	Contar con debidas hojas de vida para seleccionar al personal que participará en el proceso de selección cumpliendo con las características requeridas
2	General	Externo	Contratación	Operacional	Que no se firme el contrato	Que se genera un desgaste administrativo y retraso en el desarrollo de las actividades propias del proceso requeridas	3	4	7	Contratista	Reducir la probabilidad de la ocurrencia del evento	Contar en el proceso de selección con más oferentes que puedan suplir la necesidad.
3	General	Externo	Contratación	Operacional	Que al contratista se le presente una mejor oferta en otra entidad dentro de la ejecución del contrato y realice terminación anticipada del contrato	Se genere una paralización de las actividades, procesos y procedimientos en cumplimiento a los clientes internos, externos y entes de control	3	4	7	Contratista	Aceptar el Riesgo	Contar con personal de planta que asuma los procesos y procedimientos mientras se contrata el perfil requerido para suplir esa necesidad.

S-2020-012799-DISAN

24-03-2020

0441

\* Aux. de enfermería de  
8 horas

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD  
GRUPO REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD



**CONSTANCIA NECESIDADES DE PERSONAL ASISTENCIAL**

No 005-I-AS

De acuerdo con lo establecido en el documento 2-AR-GU-0004 del 2016 *Guía para la planificación del servicio de salud* se aplica la metodología expresada en el instructivo 012 DISAN AGESA del 28-02-2011 *Actualización de parámetros para la adecuación de volumen y cargas de trabajo en la Dirección de Sanidad*, obteniendo la proyección del talento humano asistencial para el hospital Central de la Policía HOCEN como se describen a continuación:

Servicio Ofertado	Perfil Requerido	Total Requerido en horas día	Total Planta Actual Asistencial en Horas Día		Total faltante en Horas Día
			Uniformado	No Uniformado	
Anestesiología	Médico Especialista en Anestesiología	184	0	8	176
Audiología	Fonoaudiólogo Especialista en Audiología	20	0	12	8
Banco de Sangre	Auxiliar de Enfermería y/o Laboratorio Clínico	48	0	8	40
Banco de Sangre	Bacteriólogo	100	0	12	88
Banco de Sangre	Médico General	8	0	0	8
Cardiología	Médico Especialista en Cardiología	60	0	8	52
Cardiología Pediátrica	Médico Especialista en Cardiología Pediátrica	1	0	0	1
Cirugía Cardiovascular	Médico Especialista en Cirugía cardiovascular	4	0	0	4
Cirugía de Mano	Médico Especialista en Cirugía de Mano	34	0	0	34
Cirugía de Tórax	Médico Especialista en Cirugía de Tórax	4	0	0	4
Cirugía General	Médico Especialista en Cirugía General	116	0	20	96
Cirugía General	Médico Especialista en Cirugía General	116	0	20	96
Cirugía Maxilofacial	Odontólogo Especialista en Cirugía maxilofacial	24	0	16	8
Cirugía Mediana y Alta Complejidad - Hospitalización Mediana y Alta Complejidad	Auxiliar Camillero	418	0	112	306
Cirugía Mediana y Alta Complejidad - Proceso de Esterilización	Auxiliar de Enfermería	136	0	96	40
Cirugía Mediana y Alta Complejidad - Proceso de Esterilización	Instrumentador Quirúrgico	200	16	36	148

Cirugía Oncológica	Médico Especialista en Cirugía Oncológica	8	0	0	8
Cirugía Pediátrica	Médico Especialista en Cirugía Pediátrica	10	0	4	6
Cirugía Plástica	Médico Especialista en Cirugía Plástica	28	0	16	12
Cirugía Plástica Oncológica	Médico Especialista en Cirugía Plástica Oncológica	4	0	0	4
Cirugía-Vascular	Médico Especialista en Cirugía Vascular	12	0	0	12
Dolor y Cuidados Paliativos	Médico Especialista en medicina del dolor y cuidados paliativos	12	0	0	12
Endocrinología	Médico Especialista en Endocrinología	18	0	0	18
Endocrinología Pediátrica	Médico Especialista en Endocrinología Pediátrica	8	0	0	8
Endodoncia	Odontólogo Especialista en Endodoncia	8	0	8	0
Estomatología	Odontólogo Especialista en Estomatología	6	0	0	6
Fonoaudiología	Fonoaudiólogo	38	16	6	16
Gastroenterología	Médico Especialista en Gastroenterología	36	0	4	32
Ginecobstetricia - Hospitalización Obstétrica Mediana y Alta Complejidad	Médico Especialista en Ginecobstetricia	150	0	48	102
Hematología	Médico Especialista en Hematología Oncológica	6	0	0	6
Hematología Pediátrica	Médico Especialista en Hematología Oncológica Pediátrica	14	0	0	14
Hospitalización Mediana y Alta Complejidad - Medicina General	Médico General	298	0	20	278
Infectología	Médico Especialista en Infectología	12	0	0	12
Laboratorio Clínico Mediana Complejidad	Auxiliar de Enfermería y/o Laboratorio Clínico	80	0	32	48
Laboratorio Clínico Mediana Complejidad	Bacteriólogo	126	0	18	108
Laboratorio de Histotecnología - Laboratorio de Citología Servicio Uterina	Citohistotecnólogo	48	0	16	32
Laboratorio de Patología	Auxiliar Camillero	8	0	0	8
Laboratorio de Patología	Auxiliar de Enfermería	24	0	24	0
Laboratorio de Patología	Médico Especialista en Patología	44	0	20	24
Medicina Física y Rehabilitación - Electrodiagnóstico	Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación	30	0	0	30
Medicina Interna	Médico Especialista en Medicina Interna	176	0	12	164
Medicina Nuclear	Auxiliar de Enfermería	12	8	0	4
Medicina Nuclear	Médico Especialista en Medicina Nuclear	12	0	0	12

Medicina Nuclear	Tecnólogo en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico	24	0	0	24
Nefrología	Médico Especialista en Nefrología	28	0	0	28
Nefrología Pediátrica	Médico Especialista en Nefrología Pediátrica	6	0	0	6
Neonatología - Hospitalización Obstétrica Mediana y Alta Complejidad	Médico Especialista en neonatología	16	0	0	16
Neumología	Médico Especialista en Neumología	36	0	4	32
Neumología Pediátrica	Médico Especialista en Neumología Pediátrica	12	0	0	12
Neurocirugía	Médico Especialista en Neurocirugía	46	0	12	34
Neurofisiología	Médico Especialista en Neurofisiología	6	0	0	6
Neurología	Médico Especialista en Neurología	68	0	12	56
Neurología Pediátrica	Médico Especialista en Neurología Pediátrica	12	0	4	8
Nutrición y Dietética	Nutricionista Dietista	42	0	6	36
Nutrición y Dietética - lactario	Auxiliar de Enfermería	32	0	8	24
Odontología General	Odontólogo General	14	0	4	10
Odontología General - Odontología Especializada	Auxiliar de Odontología	86	24	8	54
Odontopediatría	Odontólogo Especialista en Odontopediatría	4	0	0	4
Oftalmología	Médico Especialista en Oftalmología	102	0	20	82
Oncología	Médico Especialista en Oncología	4	0	0	4
Oncología Pediátrica	Médico Especialista en Oncología Pediátrica	6	0	0	6
Optometría	Optómetra	24	0	0	24
Ortopedia y Traumatología	Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología	122	0	32	90
Otorrinolaringología	Médico Especialista en Otorrinolaringología	84	0	8	76
Pediatría - Hospitalización Obstétrica Mediana y Alta Complejidad	Médico Especialista en Pediatría	112	0	8	104
Periodoncia	Odontólogo Especialista en Periodoncia	6	0	0	6
Proctología	Médico Especialista en Coloproctología	8	0	0	8
Psicología	Psicólogo	54	0	30	24
Psiquiatría	Médico Especialista en Psiquiatría	80	0	0	80
Reumatología	Médico Especialista en Reumatología	8	0	4	4
Terapia Física y Rehabilitación	Terapeuta Fisico	112	8	44	60
Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	30	0	6	24
Terapia Respiratoria	Auxiliar de Enfermería	24	0	0	24
Terapia Respiratoria	Terapeuta Respiratorio	344	0	30	314
Trabajo Social	Trabajador Social	100	8	32	60

Unidad de Cuidado Intensivo Adultos - Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico	Médico Especialista en medicina crítica y cuidado intensivo	36	0	0	36
Urgencias Adultos, Urgencias Pediátricas y Urgencias Ginecológicas Mediana y Alta Complejidad	Médico Especialista en Medicina de urgencias	24	0	0	24
Urgencias Adultos, Urgencias Pediátricas y Urgencias Ginecológicas Mediana y Alta Complejidad	Médico General	400	0	20	380
Urgencias Adultos, Urgencias Perinatricas y Urgencias Ginecológicas Mediana y Alta Complejidad - Hospitalización Mediana y Alta Complejidad - Cirugía Mediana y Alta Complejidad - Unidad de Cuidado Intensivo Adultos - Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico	Auxiliar de Enfermería	3272	664	680	1928
Urgencias Adultos, Urgencias Pediátricas y Urgencias Ginecológicas Mediana y Alta Complejidad - Hospitalización Mediana y Alta Complejidad - Cirugía Mediana y Alta Complejidad - Unidad de Cuidado Intensivo Adultos - Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico	Enfermero Jefe	1232	24	166	1042
Urología	Médico Especialista en Urología	68	0	20	48
Urología Pediátrica	Médico Especialista en Urología pediátrica	4	0	0	4
Hospital en Casa	Auxiliar de Enfermería	80	0	0	80
Hospital en Casa	Enfermero Jefe	80	0	0	80
Hospital en Casa	Médico General	80	0	0	80
Hospital en Casa	Terapeuta Físico	80	0	0	80
Hospital en Casa	Terapeuta Respiratorio	80	0	0	80
Hospital en Casa	Trabajador Social	6	0	0	6

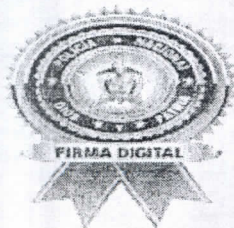
La fuente para determinar el total de talento humano de planta, uniformado y no uniformado es la base de datos del Grupo de Talento Humano de la DISAN remitida a AGESA.

Los datos de talento humano requerido, existente en planta (uniformado - no uniformado) y el faltante se expresan para cada perfil y servicio; la información de la columna titulada "total faltante en horas día" corresponde a las horas que tiene para contratar. Es responsabilidad del Hospital Central de la Policía HOCEN garantizar la oferta a contratar y distribuirla en horas día, según los resultados del análisis del mercado que se establece en los estudios de conveniencia y oportunidad elaborados para tal fin.

Se actualiza la presente constancia considerando lo solicitado en el comunicado oficial S - 2020 - 005244 - DISAN, firmado digitalmente por el señor teniente coronel Domingo Alfredo López Dales y tiene vigencia hasta el 31 - 12 - 2020.

Reviso y aprobó la adecuación de volumen de personal asistencial: Teniente coronel Domingo Alfredo López Dales. Director Hospital Central

Elaborado Metodológicamente: SM 16 Cristina Esperanza Pineda Monsalve Ubicación: Documentos/2020/Conceptos2020  
Atentamente,



Firmado digitalmente por:  
Nombre: Gloria Ancely Bonilla Herrera  
Grado: Teniente Coronel  
Cargo: Jefe Area Gestion De Prestacion Servicios De Salud  
Cédula: 63311336  
Dependencia: Area Gestion De Prestacion Servicios De Salud  
Unidad: Dirección De Sanidad  
Correo: gloria\_bonilla@correo.policia.gov.co  
05/03/2020 14:53:18

ANEXO No. 6

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL



DIRECCIÓN DE SANIDAD  
HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL  
CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO REQUISITOS

El **Responsable de Talento Humano del Hospital Central Policía Nacional**, hace constar que, una vez surtido el proceso de selección, el profesional, tecnólogo, técnico y/o auxiliar, cumple con los requisitos determinados por las resoluciones 125 de 08 de Abril de 2020, por las cuales se fijan los requisitos mínimos y honorarios para los contratos de prestación servicios profesionales, de la Dirección de Sanidad. Así mismo se verificó lo siguiente:

1. Se verifico Inscripción en el Ministerio y Secretaria de Educación los documentos que acreditan la idoneidad y así mismo se anexa:

- copia del diploma y acta de bachiller ✓
- copia del diploma (técnico, tecnólogo, pregrado) y tarjeta profesional (cuando aplique) ✓
- Certificación de experiencia (Este numeral solo aplica para personal Administrativo)

2. Se verifico Inscripción en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social del talento humano en salud (RETHUS), el cual cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y Resolución 3030 de 2014, por lo que se deberá entender que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud. ✓

3. Se verifico la inscripción del profesional en el SIGEP, se actualizo la información correspondiente y se aprobó la Hoja de vida, así mismo se ejerció el control al presente profesional para que diligencia los requerimientos establecidos por la Función Pública en el aplicativo en mención de conformidad con el Instructivo No 026 del 11 junio de 2014 DIPON- DIRAF. (Se anexa Pantallazo de la consulta realizada).

**Nota:** En cumplimiento de las directrices de la Dirección General de la Policía Nacional cuando el profesional no esté inscrito en el SIGEP se deberá realizar dicho procedimiento por parte de TALENTO HUMANO.

4. Se anexa certificación de experiencia mínima para contratar con el estado (cuando aplique)

5. Se consultó que a la fecha no tiene antecedentes disciplinarios, penales, administrativos, fiscales y/o contravencionales. (Se anexa certificado de la consulta por la pagina WEB de la POLICIA NACIONAL, PROCURADURIA, CONTRALORIA y Sistema de Registro Nacional DE Medidas Correctivas RMMC). ✓

6. Se solicitó el estudio de seguridad a la Seccional de Inteligencia correspondiente y el mismo presenta concepto favorable para continuar con los trámites administrativos de contratación de conformidad con el Instructivo No. 026 del 11 junio de 2014 DIPON-DIRAF.

7. Se verificó el Certificado de Tribunal Ética Médica Nacional, Odontológico o de Enfermería (según corresponda), en el cual se evidencia que no tiene a la fecha ninguna inhabilidad para ejercer la profesión liberal que acredita.

8. Se verificó y anexa el examen pre-ocupacional, según instructivo 004 del 09-abril-2019, con el fin de suplir el trámite legal, para la firma del contrato, el cual no tiene una vigencia superior a tres (3) años en cumplimiento de la Resolución 37/10 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

9. Se verificó y anexa autorización y viabilidad expedida por el Director de Sanidad de la Policía Nacional, para contratar al presente profesional el cual es pensionado (cuando aplique).

10. Se verificó y anexa copia del documento que acredita la especialización o supra especialización, debidamente avalada por el ministerio o secretaria de educación del respectivo profesional a contratar. (Cuando aplique)

11. Se verifico que se encuentra vigente y anexa copia del curso de soporte vital básico (jefes y auxiliares de enfermería del hocen, excepto camilleros) y/o curso de soporte vital avanzado. (Personal de médicos generales de urgencias).

12. Se verifico que se encuentra vigente y anexa copia CERTIFICACION DE CODIGO BLANCO- ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO (personal asistencial de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización)

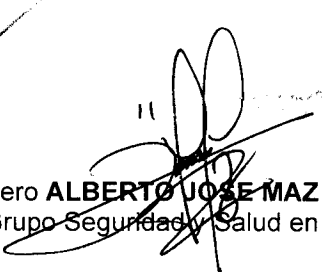
13. Se verifico y se anexa copia del carnet de vacunas. (Solo para personal asistencial)

14. Se verifico que el profesional tiene definida su situación militar.

La anterior verificación se realiza al Señor (a) DIAZ TORRES LAURA MARLEIDY identificado (a) con cedula de ciudadanía No 1.007.345.925 y por parte de esta dependencia se certifica que cumple con los requisitos y la experiencia necesaria, para cumplir con las actividades asignadas como AUXILIAR DE ENFERMERIA.

En consecuencia, el presente anexo se expide de acuerdo con las políticas y lineamientos de la POLICIA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL, Agencia Colombia Compra Eficiente y Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II. A los SEIS ( 6 ) días del mes de JULIO de 2020.

  
Psicóloga **SONIA PATRICIA CASTAÑO MANCERA**  
Líder proceso Selección de Personal

  
Patrullero **ALBERTO JOSE MAZ LAPEIRA**  
Responsable Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo HOCEN

  
**PAT Subordinante PEDRO ANGEL BOTELLO NEIRA**  
Capitán **PEDRO ANGEL BOTELLO NEIRA**  
Responsable Talento Humano HOCEN

Bogotá, D.C., 11-06-2020

Coronel

DOMINGO ALFREDO LÓPEZ DALES

Director Hospital Central Policía Nacional

Ciudad.

Respetado señor,

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad mis servicios como auxiliar de enfermería, que serán prestados en el hospital central de la policía para tal efecto me acogeré a los honorarios establecido por la Entidad, como también soy consciente y acepto que mi vinculación sea por contrato de prestación de servicio, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación laboral ni prestaciones sociales y se celebra por el termino estrictamente indispensable.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el articulo 60de la Ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado a la dirección: calle 19b-1b31e correo electrónico: diaztorreslaura5@gmail.com teléfono: 3163833638

Para los anteriores fines, me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa Entidad.

Atentamente



FIRMA

NOMBRE Laura Mariely Diaz Torres

IDENTIFICACION 1009345925

\*FamSancor  
\*Col/Acciones

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.345.925

APELLIDOS DIAZ TORRES

NOMBRES LAURA MARLEIDY

FIRMA

LAURA DIAZ



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-2000

LUGAR DE NACIMIENTO SOACHA (CUNDINAMARCA)

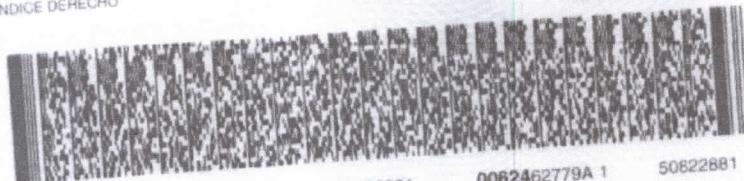
ESTATURA 1.58

G.S. RH O+

SEXO F

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN 25-JUN-2018 SOACHA

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1524700-01035187-F-1007345925-20180831

0062462779A 1

50822881



**Policia Nacional**  
**Direccion de sanidad**

**FORMATO (G) SELECCION DE PERSONAL INFORME FINAL**

**Macroproceso DISAN: Administrador**  
**Gestión del Talento Humano**  
**Elaboro: PS. ENRIQUE LUENGAS SOTELO**  
**Reviso: ST. DIANA MARCELA RIVEROS ARDILA**  
**Aprobó: MY. SONIA DEL PILAR MORENO C.**

**Proceso: Gestión del Talento Humano**  
**Actividad: Selección y Vinculación de Personal**  
**Fecha de emisión: 10/01/07**

**Fecha última actualización : 02/02/09**

**DATOS GENERALES**

<b>REQUERIMIENTO: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	<b>FECHA: JUNIO 23 de 2020</b>
<b>UNIDAD: HOCEN</b>	<b>HORAS A CONTRATAR: 8</b>
<b>NOMBRE DEL OFERENTE: LAURA MARLEIDY DIAZ TORRES</b>	<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1059250734</b>
<b>PROFESIÓN: TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>	<b>EDAD: AÑOS</b>
<b>CONTRATO PARA: DEPARTAMENTO ENFERMERIA HOCEN</b>	<b>DISPONIBILIDAD DE TIEMPO: 8 HORAS</b>

**CONCEPTO PRUEBAS PSICOLOGICAS**

**PRUEBAS APLICADAS WARTEGG Y FIGURA HUMANA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES HASTA EL DÍA DE HOY CUMPLIENDO LO REQUERIDO PARA EL PERFIL.**

**RESULTADOS**

<b>CONCEPTO TECNICO:</b>	<b>CUMPLE</b>	
<b>PROFESIONAL DE APOYO:</b>	Jefe EDDY PEREZ PACHECO Coordinadora Departamento de Enfermería, PT. Jefe YENNY ALEJANDRA SALAZAR HOYOS, Jefe ERIKA ANDREA ROMERONIÑO, PS. SONIA PATRICIA CASTAÑO MANCERA Apoyo Selección y PS. MARIA ISABEL ACOSTA VARGAS Lider Selección.	
<b>PUNTAJE</b>	<b>PUNTAJE OBTENIDO</b>	
PUNTUACION PRUEBA DE CONOCIMIENTOS	36.25	50%
PUNTAJE Y CONCEPTO ENTREVISTA:	24.00	30%
PUNTAJE EN ANALISIS DE HOJA DE VIDA	6.00	20%
<b>TOTAL</b>	<b>66.25</b>	<b>100%</b>

**CONCEPTO EVALUACIÓN : APRUEBA**

**OBSERVACIONES:**

**PT. Enfermera Profesional JENNY ALEJANDRA SALAZAR HOYOS**  
Coordinadora Departamento de Enfermería

**Enfermera ERIKA ANDREA ROMERO NIÑO**  
Coordinadora Departamento de Enfermería

**Enfermera EDDY PEREZ PACHECO**  
Coordinadora Departamento de Enfermería

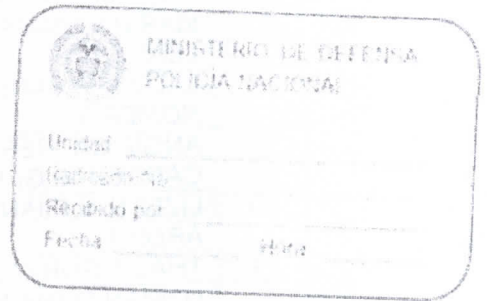
**PS. MARIA ISABEL ACOSTA VARGAS**  
Líder Proceso de Selección

**PS. SONIA PATRICIA CASTAÑO MANCERA**  
Apoyo Selección HOCEN

Elaborado por: Psicóloga MARIA ISABEL ACOSTA VARGAS



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD  
HOSPITAL CENTRAL



No. S-2020- 032109 / HOCEN-GUSAP-TAHUM. 3.1

Bogotá, D.C.,

Teniente Coronel  
ALEXANDER GALEANO ARDILA  
Jefe SIPOL MEBOG  
Calle 40 B # 8-09 Barrio Sucre  
Ciudad.

Asunto: Solicitud Estudios de Seguridad

Comendidamente me permito solicitar al señor Coronel, tenga a bien ordenar a quien corresponda realizar los estudios de seguridad al personal relacionado a continuación, el cual será vinculado al Hospital Central mediante la modalidad contrato prestación de servicio.

Nro.	APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	CARGO
1	LINA FERNANDA PIRACOCA	1051568711	Auxiliar de Enfermería
2	JUAN DAVID TORRES ROMERO	1069925299	Auxiliar de Enfermería
3	PAOLA FERNANDA CASTAÑEDA VANEGAS	1000695728	Auxiliar de Enfermería
4	JEIMY LORENA BATISTA GARCIA	1073248017	Auxiliar de Enfermería
5	LICETH ESTEFANY CARREÑO DIAZ	1030685725	Auxiliar de Enfermería
6	YENNY JOHANNA PREDRAZA JEREZ	1233494145	Auxiliar de Enfermería
7	ANGELA VIVIANA BARAJAS MARTINEZ	1022992711	Auxiliar de Enfermería
8	INGRID TATIANA OCHOA QUINTERO	1073678184	Auxiliar de Enfermería
9	MARY YAMILE NIETO HERNANDEZ	52914538	Auxiliar de Enfermería
10	KATHERYNE CORREA TORRES	1022359005	Auxiliar de Enfermería
11	ANDREA JOHANA ALBAÑIL ESLAVA	1033755099	Auxiliar de Enfermería
12	AMY BELLANITH JIMENEZ CARVAJAL	1030663656	Auxiliar de Enfermería
13	LAURA MARLEIDY DIAZ TORRES	1007345925	Auxiliar de Enfermería
14	JOAN SEBASTIAN DEL PORTILLO ROMAN	1030588703	Auxiliar de Enfermería
15	RAFAEL ALCIDES MENDOZA MENDIOLA	80799515	Auxiliar de Enfermería

16	LEIDYS GUILLERMINA MORALES MONTENEGRO	1407221443	Auxiliar de Enfermería
17	MARYI VIVIANA CUESTA LEAL	1022971512	Auxiliar de Enfermería
18	LADY FERNANDA BUITRAGO ROMERO	52524671	Auxiliar de Enfermería
19	ANGIE CATHERINE CARDENAS GARCIA	1012415154	Auxiliar de Enfermería
20	LIZETH ALEJANDRA GAMBA ARDILA	1024543258	Auxiliar de Enfermería
21	THALIA GONZALEZ GOMEZ	1072195191	Auxiliar de Enfermería
22	LOIRAN ELINA BUENAÑOS ASPRILLA	1118539267	Auxiliar de Enfermería
23	FABIAN HERNANDO VELASQUEZ CAMELO	80739881	Auxiliar de Enfermería
24	MARITZA LEZAMA MENDEZ	52728084	Auxiliar de Enfermería
25	LISETH ESPERANZA ENCISO ANDRADE	53096079	Auxiliar de Enfermería
26	INGRID JHOANA MORALES RODRIGUEZ	1012460688	Auxiliar de Enfermería
27	YISETH MARITZA SUAREZ LOPEZ	1057306044	Auxiliar de Enfermería
28	CAMILO ANDRES LEGUIZAMON	1106892827	Auxiliar de Enfermería
29	JULIO FABIAN ANGULO NARANJO	1023890291	Auxiliar de Enfermería
30	MONICA ANDREA AYURE GOMEZ	1023933372	Auxiliar de Enfermería
31	DIANA CAROLINA MORENO OLAYA	1024555260	Auxiliar de Enfermería
32	MARTHA LUCIA GUTIERREZ AVENDAÑO	52360316	Auxiliar de Enfermería
33	JUAN NICOLAS RIVERA ESTEBAN	1033806875	Auxiliar de Enfermería
34	EVELYN VIVIANA CASTRO RUANO	1073427164	Auxiliar de Enfermería
35	GERALDINNE TATIANA MONTOYA OCAMPO	1023908901	Auxiliar de Enfermería
36	LINDA YAMILE MOYA SARMIENTO	1136889506	Auxiliar de Enfermería
37	LAURA CATERINE BAUTISTA SICUAMIA	1030681856	Auxiliar de Enfermería
38	ANGIE KATHERINE LOPEZ GUTIERREZ	1023038214	Auxiliar de Enfermería
39	CATHERINE RINCON DIAZ	52369590	Auxiliar de Enfermería
40	JENNY PATRICIA PUENTES PALACIO	52826078	Auxiliar de Enfermería
41	LEIDYJOHANA OSMA GALINDO	1023928994	Auxiliar de Enfermería
42	LEIDI ESFANIA MORALES DUQUE	1033801862	Auxiliar de Enfermería
43	JENNY MARCELA MORALES ESCOBAR	1022337231	Auxiliar de Enfermería

44	JAQUELINE SALAZAR GALVIS	52733907	Auxiliar de Enfermería
45	LAURA VALENTINA RUGE SALAZAR	1077150428	Auxiliar de Enfermería
46	MAYERLIS CASTILLA CAAMAÑO	36677271	Auxiliar de Enfermería
47	DANIELA ALEJANDRA PARDO PUCHIA	1000223466	Auxiliar de Enfermería
48	ADRIANA TOBON PULGARIN	1099546321	Auxiliar de Enfermería
49	LUZ NATALY SALGADO VILLADIEGO	23180839	Auxiliar de Enfermería
50	ANA LUCIA BERTEL ESTRADA	26203209	Auxiliar de Enfermería
51	MAYRA LISETTE ALVAREZ GONZALEZ	1085306939	Auxiliar de Enfermería
52	YULIET PATRICIA YARA DEVIA	1030675771	Auxiliar de Enfermería
53	LEIDY TATIANA ARIZA RACHE	1023943885	Auxiliar de Enfermería
54	SANDRA PATRICIA RATIVA CRISTANCHO	52542305	Auxiliar de Enfermería
55	JESUS ALEJANDRO OSPINA DIAZ	1022384688	Auxiliar de Enfermería
56	EDENIA ISABEL PEÑARANDA MORENO	1019141729	Auxiliar de Enfermería
57	MARTHA LUCIA CORREDOR		Auxiliar de Enfermería

Agradezco a usted, una vez surta efecto el estudio y exista novedad se retroalimente a esta dirección.

Atentamente,

  
**Coronel DOMINGO ALFREDO LOPEZ DALES**  
 Director Hospital Central Policía Nacional

ANEXO. 57 FORMATOS DE CONFIABILIDAD CON SOPORTES

Elaboró: Psicóloga PS María Isabel Acosta Vargas  
 Revisó: Capitán Pedro Angel Botello Neira  
 Fecha: 26/06/2020  
 Ubicación: Documentos/Oficios Estudios de Seguridad 2020

Carrera 59 N° 26-21 CAN, Bogotá  
 Teléfonos 220 26 00  
[hocen.gutah-sele@policia.gov.co](mailto:hocen.gutah-sele@policia.gov.co)  
[www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co)

1DS - OF - 0001  
 VER: 3

Página 1 de 3



Aprobación: 27/03/2017



Principal



SIDAM - SI Estándares de Medicam



Linear

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	90704993	LAURA	MARLEIDY	DAZ	FORRES	vigente	Ver

Este documento es una copia impresa de un registro de datos almacenados en una base de datos. No es válido para efectos legales. Para más información consulte el manual de usuario.

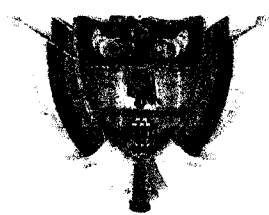
2018-12-27 14:44:40

Usuario: admin

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2018-12-27	3969	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Este documento es una copia impresa de un registro de datos almacenados en una base de datos. No es válido para efectos legales. Para más información consulte el manual de usuario.

**Commutador** +57(1) 330 6000 - Central de fax +57(1) 330 5030  
**Punto de atención presencial** Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá  
 código postal 110311  
 Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua  
**Línea de atención de desastres** +57(1) 330 6071 - 24 horas  
 Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSO  
 Notificaciones judiciales



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre el

# Instituto Educativo Comercial "INEC"

AUTORIZADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA  
SEGÚN RESOLUCIÓN No. 002031 DEL 1 DE AGOSTO DE 2002  
Y RESOLUCIÓN 518 DEL 21 DE DICIEMBRE DEL 2007 DE LA  
SECRETARIA DE EDUCACIÓN Y CULTURA DE SOACHA

CONFIERE A:

## Díaz Torres Laura Marleidy

T.I. 1.007.345.925 de Soacha (Cundinamarca)

EL TITULO DE

# BACHILLER ACADEMICO

*Con Énfasis en Liderazgo Social y Empresarial*

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS  
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA  
VOCACIONAL, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES



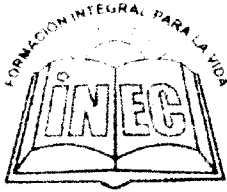
RECTOR(A)

LIC. ALFREDO CELIS MARQUEZ  
C.C. 13.478.537 de Cucuta

SECRETARIO(A)

CARLOS ALBERTO GARIBELLO R.  
C.C. 3.176.254 de Soacha

Libro No. 30 Folio No. 040



## INSTITUTO EDUCATIVO COMERCIAL "INEC"

Cra. 4 No 13 - 08 BARRIO UBATE SOACHA, CUNDINAMARCA TEL: 5795545

RESOLUCION N° 002031 DE 1° de AGOSTO DE 2002 S.E.C

RESOLUCIÓN N° 518 DE 21 de DICIEMBRE DE 2007 S.E.C.S

INSCRIPCIÓN S.E.C. 2031/518

### *Acta General de Graduación*

En la Ciudad de Soacha, (Cundinamarca) a los **03** días del mes de **DICIEMBRE** de **2016** se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del **INSTITUTO EDUCATIVO COMERCIAL "INEC"** Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada Según Resolución No. 002031 del 1° de Agosto de 2002 por LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA Y Resolución No. 518 del 21 de diciembre de 2007 de LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA DE SOACHA, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad **BACHILLERATO ACADÉMICO CON ÉNFASIS EN LIDERAZGO SOCIAL y EMPRESARIAL**. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el **TÍTULO DE:**

*Bachiller Académico*

*Con énfasis en liderazgo social y empresarial*

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan:

**DÍAZ TORRES LAURA MARLEIDY**

**C.C. 1.007.345.925 DE SOACHA CUNDINAMARCA**

Fiel copia tomada del Acta original general No. 30 Folio No 040 de la fecha 3 de **DICIEMBRE** de **2016** que consta de 172 alumnos graduados. Que comienza con el nombre de: **ALFARO FUENTES MAURICIO ALEJANDRO** y se cierra con el nombre de: **ZULUAGA ROMERO SHERLIN VANESSA**.

Dada en Soacha, (Cund.) a los **03** días del mes de **DICIEMBRE** de **2.016**.

En constancia firman

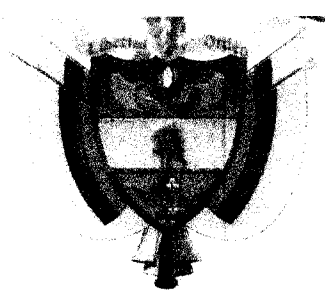
RECTOR

LIC. ALFREDO CELIS MARQUEZ  
C.C. 13.478.537 DE Cúcuta (N.S.)

SECRETARIO

CARLOS ALBERTO GARIBELLO RODRIGUEZ.  
C.C.3.176.254 DE Soacha

La República



de Colombia



La República de Colombia  
y en su nombre

# Fundación San Mateo

Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano  
Soacha - Cundinamarca

Aprobación Oficial Autorizada Mediante Resolución No. 006253 de Diciembre 9 de 2002 Expedida por la Secretaria de Educación de Cundinamarca. Modificación de Licencia de Funcionamiento y como Institución para el Trabajo y Desarrollo Humano Resolución No. 513 de Junio 5 de 2009, 2074 de 21 de Septiembre de 2010 Expedida por la Secretaria de Educación de Soacha. Actualización del Programa Acuerdo No. 00067 del Ministerio de Protección Social de Marzo 30 de 2016 y Resolución 1313 de Junio 3 de 2016 Expedida por la Secretaria de Educación de Soacha. S.I.C. N° 513-0

Comprobado el Cumplimiento de los Requisitos Legales y Académicos Pertinentes, así como la Culminación Satisfactoria de los Estudios Curriculares con una intensidad de mil ochocientas (1800) horas se confiere el:

Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias  
Técnico Laboral en

## Auxiliar de Enfermería

A:

# DIAZ TORRES LAURA MARLEIDY

C.C. 1.007.345.925 de Soacha (Cundinamarca)

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los veinticuatro (24) días del mes de noviembre del año 2018 anotado en el Folio 42 del libro No 03 del Registro de Graduaciones de la Fundación San Mateo.

Luz Adriana Patiño C.  
Directora General

Natalia E. Pinzón A.  
Directora Académica

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 2014



## FUNDACIÓN SAN MATEO Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

En Soacha, Cundinamarca, a los Quince (15) días del mes de Noviembre del año 2018, se reunieron en las instalaciones de la institución, la Dirección General, Académica y Secretaría General con el fin de formalizar la certificación de los estudiantes de último ciclo de la **FUNDACIÓN SAN MATEO**, persona jurídica identificada con Nit. 832.008.253-1, con aprobación oficial autorizada mediante Resolución No. 006253 de Diciembre 09 de 2002 expedida por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, modificación de licencia de funcionamiento y como Institución para el Trabajo y el Desarrollo Humano Resolución No. 513 de Junio 5 de 2009, 2074 de 21 de Septiembre de 2010 expedida por la Secretaria de Educación de Soacha. Actualización del programa Acuerdo No 00067 del Ministerio de Protección Social de Marzo 30 de 2016 y Resolución 1313 de Junio 3 de 2016 Expedida por la Secretaria de Educación de Soacha, SIET N° 513-0. Comprobado el cumplimiento de los requisitos legales y académicos pertinentes, así como la culminación satisfactoria de los estudios curriculares, con una intensidad de mil ochocientas (1800) horas y 35 Créditos Académicos se confiere el:

### CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA


A:

**DIAZ TORRES LAURA MARLEIDY**

C.C. 1.007.345.925 de Soacha (Cundinamarca)

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los veinticuatro (24) días del mes de Noviembre del año 2018, anotado en el folio N° 42, del libro N° 03, del Registro de Certificaciones de la **FUNDACIÓN SAN MATEO**.

  
LUZ ADRIANA PATIÑO C.  
DIRECTORA GENERAL

  
GERALDINE GONZÁLEZ R.  
SECRETARIA GENERAL

  
NATALIA T. PINZÓN A.  
DIRECTORA ACADÉMICA



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:07:53 horas del 04/06/2020, el ciudadano identificado con:  
Cédula de Ciudadanía N° 1007345925

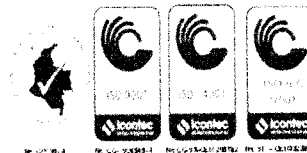
### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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



Dirección: Calle 18A # 69F-45  
Zona Industrial, barrio  
Montevideo, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: lunes a  
viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00  
pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 970 112  
E-mail:  
lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único  
de Contratación



Gobierno en  
línea

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES  
CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 145837269



WEB  
13:08:38  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 de junio del 2020

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LAURA MARLEIDY DIAZ TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007345925:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ  
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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.

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 04 de junio de 2020, a las 13:07:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1007345925
Código de Verificación	1007345925200604130703

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.



**SORAYA VARGAS PULIDO**  
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



## La Policía Nacional de Colombia hace constar

● **i** Que el número de identificación No. 1007345925 de del señor(a) LAURA MARLEIDY DIAZ TORRES consultado en la fecha y hora 11/06/2020 07:12:36 p. m., no se encuentra vinculado en el sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia como infractor de la



\* 0 6 2 8 0 9 7 9 1 \*

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

D | D | M | M | A | A | A | A

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite (A. Afiliación, B. Reporte de Novedades), 2. Tipo de Afiliación (A. Individual, B. Colectiva, C. Institucional, D. De oficio), 3. Régimen (A. Contributivo, B. Subsidiado), 4. Tipo de afiliado (A. Cotizante, B. Cabeza de familia, C. Beneficiario), 5. Tipo de cotizante (A. Dependiente, B. Independiente, C. Pensionado), Código (a registrar por la EPS)

6. Apellidos y nombres (Primer Apellido: Díaz, Segundo Apellido: Torres, Primer Nombre: Laura, Segundo Nombre: Mariana), 7. Tipo de documento de identidad (CC), 8. Número del documento de identidad (1007345425), 9. Sexo (Femenino), 10. Fecha de nacimiento (12/03/1979)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia, 12. Discapacidad (Tipo: F, N, M; Condición: T, P), 13. Puntaje SISBÉN, 14. Grupo de población especial, 15. Administradora de riesgos laborales - ARL, 16. Administradora de pensiones, 17. Ingreso base de cotización - IBC (1.500.000), 18. Residencia (Calle: 1196 16 310, Dirección: Pueblo II, Teléfono fijo: 31638238, Celular: 31638238)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres (Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre), 20. Tipo de documento de identidad, 21. Número del documento de identidad, 22. Sexo (Femenino, Masculino), 23. Fecha de nacimiento (D | D | M | M | A | A | A | A)

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres (Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre) for B1, B2, B3, B4, B5

25. Tipo de documento de identidad, 26. Número del documento de identidad, 27. Sexo (Femenino, Masculino), 28. Fecha de nacimiento (D | D | M | M | A | A | A | A), 29. Parentesco, 30. Etnia

31. Discapacidad (Tipo: F, N, M; Condición: T, P), 32. Datos de residencia (Municipio / Distrito, Zona Urbana/Rural, Departamento, Teléfono fijo y/o celular), 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS (C), Código de la IPS (a registrar por la EPS)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social (Laura Díaz Torres), 36. Tipo de documento de identificación (CC), 37. Número del documento de identificación (1007345425), 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad (1. Modificación de datos básicos de identificación, 2. Corrección de datos básicos de identificación, 3. Actualización del documento de identidad, 4. Actualización y corrección de datos complementarios, 5. Terminación de la inscripción en la EPS, 6. Reinscripción en la EPS, 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales, 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales, 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando, 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo, B. Régimen Subsidiado, 14. Traslado: A. Mismo Régimen, B. Diferente Régimen, 15. Reporte de fallecimiento, 16. Reporte del trámite de protección al cesante, 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado, 18. Reporte de la calidad de Pensionado)

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Datos básicos de identificación (Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre), Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo (Femenino, Masculino), Fecha de nacimiento, 42. Fecha novedad (11/06/2020), 43. EPS anterior, 44. Motivo de traslado (Código), 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. 49. Declaración de no intromisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

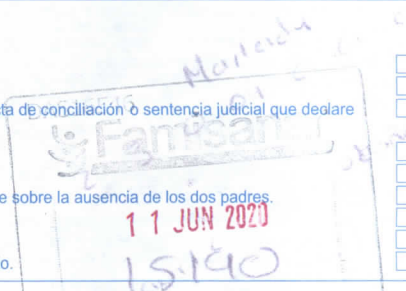
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario (Firma: Laura Díaz Torres), 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio (Firma)

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC. Cantidad: 1. Total: 1. 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. 62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del municipio, Código del departamento), 67. Datos del SISBÉN (Número de la ficha, Puntaje, Nivel), 68. Fecha de radicación (D | D | M | M | A | A | A | A), 69. Fecha de validación (D | D | M | M | A | A | A | A), 70. Datos del funcionario que realiza la validación (Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre), Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, OBSERVACIONES: Independiente, 71. Firma del funcionario



**INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

**ENCABEZADO**

**Logo de la EPS:** Espacio destinado a la EPS.

**Número de radicación:** número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realizan los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.

**Fecha de radicación:** Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con un fechor mecánico o eléctrico. Quien realiza el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que éste se realiza ante la EPS.

**CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE**

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

**1. Tipo de trámite**

**A. Afiliación:**

Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

**B. Reporte de novedades:**

Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo (s) de novedades relacionadas en el campo 40.

**2. Tipo de afiliación**

**A. Individual:**

La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones. Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

**B. Colectiva:**

La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

**C. Institucional:**

La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

**D. De oficio:**

La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social — UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

**3. Régimen:**

Marque con una X, según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

**4. Tipo de afiliado:**

Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

**Cotizante:** Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.

**Cabeza de familia:** Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

**Beneficiario:** Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

**5. Tipo de cotizante:**

Marque con una X la opción que corresponda:

**Dependiente:** Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

**Independiente:** Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.

**Pensionado:** Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

**Código:** Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

**A. AFILIACIÓN**

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.
- Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
- Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

**CAPÍTULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o del cabeza de familia)**

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

**6. Apellidos y nombres:**

Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	Certificado de Nacido Vivo, es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación, y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	Registro Civil de Nacimiento, es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	Cédula de Ciudadanía, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil, con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	Cédula de Extranjería, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	Pasaporte es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	Carné Diplomático, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	Salvoconducto de Permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de Refugiados o asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

**8. Número del documento de identidad:**

Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

**9. Sexo:**

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

**10. Fecha de nacimiento:**

Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

**CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Datos personales:**

Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

**11. Etnia:**

En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena.
02	Rom (gitano).
03	Raizal (San Andrés y Providencia).
04	Palenquero (San Basilio de Palenque).
05	Negro(a), afrocolombiano(a).

**12. Discapacidad:**

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

**Tipo de discapacidad:**

Marque con una X la opción: F: Física N: Neuro-sensorial M: Mental

**Condición de discapacidad:**

Marque con una X la opción: T: Temporal P: Permanente.

**13. Puntaje SISBÉN:**

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

**14. Grupo de población especial:**

Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla.

02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF
08	Población desmovilizada
09	Víctimas del conflicto armado.
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena
18	Población Rom
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.

Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.

**15. Administradora de Riesgos Laborales — ARL:**

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

**16. Administradora de Pensiones:**

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

**17. Ingreso Base de Cotización — IBC:**

Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

**18. Residencia:**

Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.

- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, o ambos)
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

**CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante.

Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero(a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

**20. Tipo de documento de identidad:**

Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

**21. Número del documento de identidad:**

Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

**22. Sexo:**

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

**23. Fecha de nacimiento:**

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

**Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales**

En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

**24. Apellidos y nombres:**

Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

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

**25. Tipo de documento de identidad:**

Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

**26. Número del documento de identidad:**

Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

**27. Sexo:**

Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

**28. Fecha de nacimiento:**

Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

**Datos complementarios**

**29. Parentesco:**

En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CY	Cónyuge.	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial
CP	Compañera(o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho.
HI	Hijos menores de veinticinco(25) años de edad.	Que dependen económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependen económicamente del cotizante y se encuentran hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no están pensionados y dependen económicamente del cotizante, cuando éste no inscribe como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho(18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliado adicional.	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra en el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de éste.

**30. Etnia:**

Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

**31. Discapacidad:**

Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

**Tipo de discapacidad:**

Marque con una X la opción: F: Física N: Neuro-sensorial M: Mental

**Condición de discapacidad:**

Marque con una X: T: Temporal P: Permanente.

**32. Datos de residencia:**

Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.

- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

**33. Valor de la UPC del afiliado adicional:**

Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

**Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria**

**34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS:** Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que reside en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

**CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

Estos datos aplican a:

- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes, miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

**35. Nombre o Razón Social:**

Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

**36. Tipo de documento de identificación:**

Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

**37. Número del documento de identificación:**

Escriba el número del documento de identificación.

**38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones:**

Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007345925**, no está registrado/a en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de junio de 2020.



**Rosa Mercedes Nifo Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

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

Soacha, Junio 17 de 2020

Señor(a):  
LAURA MARLEIDY DIAZ TORRES  
CL 19 B 1 B 31 ESTE  
SOACHA

Asunto: Apertura de la cuenta de ahorros Cuentamiga

Estimado(a) señor(a):

Para el Banco Caja Social, y en particular para esta oficina, es grato darle la bienvenida a nuestra entidad. Esperamos que en su calidad de titular de la cuenta de ahorros Cuentamiga No. 24101065449, tenga la oportunidad de ahorrar y administrar su dinero con seguridad y confianza, así como con la eficiencia que nuestro equipo humano y nuestros canales le garantizan.

A continuación relacionamos la información del medio de manejo escogido por usted para este producto:

Tarjeta Débito No. 4894450062488216

Adicionalmente, nos complace presentarle los beneficios y las características de su nueva cuenta de ahorros:

- Bolsillo para ahorrar: le permite guardar dinero mensualmente para hacer frente a cualquier imprevisto. Podrá disponer de este dinero en cualquier momento transfiriéndolo a su saldo disponible, a través de los canales que el Banco habilite para ello, sin ningún costo.
- GRATIS cuota de manejo y retiros ilimitados en todos los canales del Banco Caja Social, incluyendo cajeros automáticos y corresponsales bancarios.
- Consultas y transacciones ilimitadas sin costo (excepto transferencias interbancarias) en nuestro sitio web, la App Móvil y la Línea Amiga.
- Le notificaremos por mensaje de texto cada vez que realice retiros y abonos superiores a \$ 50,000.00 y \$ 100,000.00, respectivamente.
- Podrá marcar su cuenta como exenta del impuesto 4x1000 (GMF).
- Los intereses que generen la cuenta y el bolsillo se depositarán cada mes en la cuenta.
- Previa matrícula de su dirección, recibirá en su correo electrónico el extracto con el movimiento de su cuenta detallado.
- Su cuenta está amparada por el seguro de depósito de Fogafín hasta por \$20 millones. Más información en [www.bancocajasocial.com](http://www.bancocajasocial.com).
- Con el fin de que conozca las condiciones estipuladas aplicables para su cuenta, anexamos el listado de conceptos y comisiones vigentes al momento de la apertura de la cuenta, así como los reglamentos de cuentas de ahorros y Banca Móvil.

Agradecemos que nos haya escogido como su opción bancaria y le reiteramos nuestra disposición a servirle, para que sigamos construyendo juntos una relación fructífera y duradera.



POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA  
DIRECCION DE SANIDAD

**FORMATO INFORMACION DE TERCEROS**

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

**1. TIPO DE BENEFICIARIO**

1.2 Consorcio o Unión Temporal	<input type="checkbox"/>	1.11 Persona Natural Extranjera	<input type="checkbox"/>
1.2 Departamento	<input type="checkbox"/>	1.12 Persona Natural Nacional	<input checked="" type="checkbox"/>
1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera	<input type="checkbox"/>	1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	<input type="checkbox"/>
1.4 Empresa Pública Nacional Financiera	<input type="checkbox"/>	1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	<input type="checkbox"/>
1.5 Establecimiento Público Nacional	<input type="checkbox"/>	1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	<input type="checkbox"/>
1.6 Gobierno Extranjero	<input type="checkbox"/>	1.16 Regional sin NIT Especial	<input type="checkbox"/>
1.7 Municipio	<input type="checkbox"/>	1.17 Resguardo	<input type="checkbox"/>
1.8 Otra Pública Departamental	<input type="checkbox"/>	1.18 Sociedad de Economía Mixta	<input type="checkbox"/>
1.9 Otra Pública Municipal	<input type="checkbox"/>	1.19 Universidad Pública	<input type="checkbox"/>
1.10 Otro Beneficiario	<input type="checkbox"/>	1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado	<input type="checkbox"/>

**2. TIPO DE DOCUMENTO**

2.1 Cédula de Ciudadanía	<input checked="" type="checkbox"/>	2.4 Otro Tipo de Documento	<input type="checkbox"/>
2.2 Cédula de Extranjería	<input type="checkbox"/>	2.5 Pasaporte	<input type="checkbox"/>
2.3 Número de Identificación Tributaria	<input type="checkbox"/>	2.6 Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/>

NUMERO DEL DOCUMENTO      1 0 0 7 3 4 5 9 2      5

**ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT**

**3. TIPO DE RETENCION**

3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente	<input type="checkbox"/>	3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor	<input type="checkbox"/>
3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro	<input type="checkbox"/>	3.6 Régimen Común	<input type="checkbox"/>
3.3 Gran contribuyente Autoretenedor	<input type="checkbox"/>	3.7 Régimen Simplificado	<input checked="" type="checkbox"/>
3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor	<input type="checkbox"/>		

4. NOMBRE O RAZON SOCIAL: Laura Marleidy Diaz Torres

5. PAIS: Colombia

6. CIUDAD: Bogota D.C

7. TELEFONO Y FAX: 316 383 36 38

8. DIRECCION: calle 196-1b-316

9. E-MAIL: diaztorreslaura@gmail.com

**4. INFORMACION DE LA CUENTA**

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA: Banco caja Social

2. NUMERO DE LA CUENTA: 2 4 1 0 1 0 6 5 4 4 9

3. CLASE DE CUENTA: CORRIENTE  AHORROS

**ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA**

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 15-06-2020



FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA

2. Concepto  0  1 Inscripción  
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14696390196



5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 14. Buzón electrónico 3 2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2  
 25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3  
 26. Número de Identificación: 1 0 0 7 3 4 5 9 2 5  
 27. Fecha expedición: 2 0 1 8, 0 6, 2 5  
 Lugar de expedición: COLOMBIA 28. País: 1 6 9  
 29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1  
 30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1  
 31. Primer apellido: DIAZ  
 32. Segundo apellido: TORRES  
 33. Primer nombre: LAURA  
 34. Otros nombres: MARLEIDY  
 35. Razón social  
 36. Nombre comercial  
 37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País: COLOMBIA 1 6 9  
 39. Departamento: Cundinamarca 2 5  
 40. Ciudad/Municipio: Soacha 7 5 4  
 41. Dirección principal: CL 19 B 1 B 31 E  
 42. Correo electrónico: diaztorreslaura5@gmail.com  
 43. Código postal  
 44. Teléfono 1: 3 1 6 3 8 3 3 6 3 8  
 45. Teléfono 2: 3 2 1 2 3 1 6 5 1 7

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

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

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código: 4 9  
 49 - No responsable de IVA

**Obligados aduaneros**

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

**Exportadores**

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

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI  NO

60. No. de Folios:

61. Fecha:

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016  
 Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
 Firma autorizada:

984. Nombre  
 985. Cargo



**FORMULARIO ÚNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

**I. DECLARACIÓN JURAMENTADA  
1.1 DE BIENES Y RENTAS**

YO, Laura Mardaly Diaz Torres  
 IDENTIFICADO CON: C.C.  C.E.  OTR.  No. 1007345925 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Soacha  
 DIRECCIÓN: cl 196-1b-31E Juan Pablo II TELÉFONOS: 316 383 3638  
 MUNICIPIO: Soacha DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Anderson Diaz Peña</u>	<u>79215704</u>	<u>Padre</u>
<u>Angie Natividad Torres Torres</u>	<u>39673268</u>	<u>Madre</u>
<u>excm Daniel Torres Diaz</u>	<u>1024604721</u>	<u>hijo</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** , **PARA RETIRARME** , **PARA ACTUALIZACIÓN** , **PARA MODIFICAR**  **LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** , QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
<b>TOTAL</b>	

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Banco Caja Social</u>	<u>Ahorros</u>	<u>2410106549</u>	<u>Soacha</u>	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)**

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son :

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

**1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI  NO  tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	

**ACTIVIDADES ECONÓMICAS PRIVADAS**

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

**FIRMA**

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

\_\_\_\_\_

CIUDAD Y FECHA



# QUIRÓN UNIDAD MEDICA

VER 003  
FEBRERO  
2018

## CERTIFICADO MEDICO LABORAL

ELABORADO POR: ALEXANDER GOMEZ

REVISADO POR: SANDRA MALAGON

APROBADO POR: JULIANA PINEDA

PRESTADOR: 1100128646 LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO RESOLUCION 9891 DE 24 DE AGOSTO DE 2015 DIRECCION CRA 49B 93 - 35 TEL 6940333



FECHA	2020-06-18	CIUDAD	BOGOTÁ	H DE LLEGADA	9:58 AM	H DE SALIDA	12:06 PM
NOMBRE	LAURA MARLEIDY DIAZ TORRES						
C.C No	1007345925	EDAD	20 años	IMC.	56.5kg * 158cm: 22.6		
EMPRESA	INDEPENDIENTE						
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
EXAMEN REALIZADO							
INGRESO							

### PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

- Glicemia
- Perfil Lipídico
- ANTICUERPOS TOTATES HEPATITIS B
- Optometria
- Énfasis Osteomuscular
- ANTICUERPOS TOTALES HEPATITIS A

#### RECOMENDACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLE

#### OPTOMETRIA

CONTROL ANUAL

#### FONOAUDIOLOGIA

#### PROG. VIG. EPIDEMIOLÓGICO

### CONCEPTO MEDICO

#### CONCEPTO MEDICO

**SIN RESTRICCION PARA EL CARGO**

#### OBSERVACIONES

HIGIENE POSTURAL / EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE PIERNAS Y PARA FAVORECER EL RETORNO VENOSO/ EJERCICIOS VISUALES / ÉNFASIS EN EL TRABAJO SEGURO/ PAUSAS ACTIVAS / USO DE EPP SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS/ CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA HEPATITIS A , B , TOXOIDE TETANICO , INFLUENZA , VARICELA , SARAMPION , PAROTIDITIS Y RUBEÓLA, SEGUN PROFESIOGRAMA DE POLICIA NACIONAL/EI TRABAJADOR NO PRESENTA SÍNTOMAS DE COVID- 19, TAMPOCO HA VIAJADO NI TIENE CONTACTO CON ALGÚN NEXO EPIDEMIOLOGICO, POR LO QUE NO ES CONSIDERADO UNA FUENTE DE PELIGRO DE CONTAGIO.

#### TRABAJO EN ALTURAS

#### MANIPULACION DE ALIMENTOS

#### LEVANTAR CARGAS

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO PUEDE SER CONFIRMADO Y ACEPTO LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE REPORTE

Dr. OSCAR JAIR OSPINA ORTIZ  
Médico Especialista SST  
Lic. 11200 SDS. RM 011825 M.S.V

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA Y C.C DEL TRABAJADOR



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Diaz</u>		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <u>torres</u>		NOMBRES <u>Laura Marleidy</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1007345925</u>			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> <u>colombia</u>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>23</u> MES <u>04</u> AÑO <u>2000</u> PAÍS <u>colombia</u> DEPTO <u>cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Soacha</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>cll 19b-1b-31c</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Soacha</u> TELÉFONO <u>3163833638</u> EMAIL <u>diaztorreslaura5</u>		

## 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: <u>Bachiller comercial</u>		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	<input checked="" type="checkbox"/>	MES <u>11</u>	AÑO <u>2016</u>

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>Tc</u>	<u>3</u>	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Tecnico Aux. enfermeria</u>	<u>11</u>	<u>2018</u>	

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

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

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

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

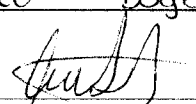
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>		

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

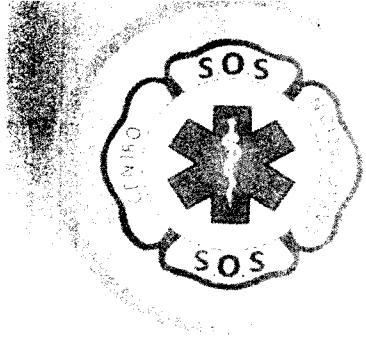
Ciudad y fecha de diligenciamiento 28-06-2020 - Bogotá D.C.

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

**6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha: Junio 2019      Capitán **PAULA ANDREA VILLARREAL OCAÑA**- Coordinadora Grupo Talento Humano  
 NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

**S.O.S**

Educación Informal - Decreto 4904 de 2009 - Ministerio de Educación Nacional

**CERTIFICA QUE**

**LAURA MARLEIDY DIAZ TORRES**

**C.C. 1.007.345.925**

**ASISTIO AL CURSO**

**SOPORTE VITAL BASICO**

**EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108 CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS**

Dado en Bogotá, a los 22 días del mes de Febrero de 2019.  
Validez 2 años.

**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

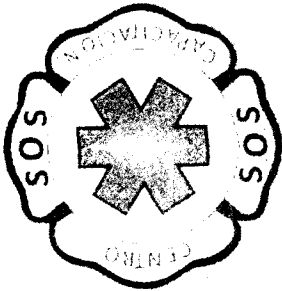
**S.O.S**

Educación Informal - Decreto 4904 de 2009 - Ministerio de Educación Nacional

**Paola M. Vieda**  
**Directora**

PARA EVITAR FALSIFICACIONES, SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO.  
PARA ESTO comuníquese al:  
TEL: 8000592 CEL: 3191979651 - 3192089190  
inscripciones@capacitacionessos.net  
www.capacitacionessos.net

**David Londoño**  
**Sub Dirección**  
**Académica**



ESPECIALISTA

Laura MARLEIDY DIAZ TORRES

Tel: 1.007.345.925

*decebo*

*Ramiro*

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO  
 CERTIFICACION PLAN DE COMPRAS SANIDAD



DIAZ TORRES LAURA MARLEDY

357573

01 DE JULIO DE 2020

1185

FECHA  
 CERTIFICADO No.

UNIDAD EJECUTIVA	UNIDAD	PROGRAMA PRESUPUESTA	MES PROYECTADO COMPRA	CODIGO CUBS	RUBRO PRESUPUESTA	DESAGREGACION PRESUPUESTA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA)	FONDOS ESPECIALES R16		APORTES DE LA NACIÓN R10		OTRO RECURSO	
									VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT
HOCEN 001	HOCEN	PROGRAMA Q	JULIO		02-02-02-008 SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TECNICOS Y OTROS	TECNICO ASISTENCIA AUXILIAR EN ENFERMERIA 8 HORAS	1.585.928,00	171	97039.789,60	NA			
									97039.789,60					

VALOR TOTAL CERTIFICACION

9.039.789,60

*[Signature]*  
 IT. JAIRO ANTONIO RODRIGUEZ GAITAN  
 ANALISTA PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES HOCEN

*[Signature]*  
 TE. ESTEBAN VERGARA MARTINEZ  
 JEFE PLANEACION HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

RECIBE:

Grado, Nombres y Apellidos

ELABORÓ: PU. MARGARITA ROSA RODRIGUEZ SALINAS

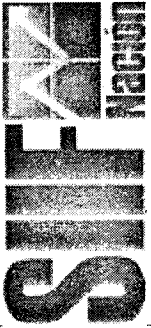
REVISÓ: TC. GLORIA ESMERALDA ARIZA BECERRA

APROBÓ: BG. JORGE ENRIQUE RODRIGUEZ PERALTA

FECHA: 01/04/12

FECHA: 30/04/12

FECHA: 10/05/2012



Reporte Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal - Comprobante

Usuario Solicitante:  
Unidad ó Subunidad  
Ejecutora Solicitante:  
Fecha y Hora Sistema:

MHobeltran  
16-01-02-001  
OSCAR JAVIER BELTRAN RODRIGUEZ  
HOSPITAL CENTRAL

2020-07-07-1:18 p. m.

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
Numero.:	Fecha Registro:	Unidad / Subunidad Ejecutora:	Valor Inicial:	Valor Total Operaciones:	Valor Actual:
189920	2020-07-07	16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL	9.039.789,60	0,00	9.039.789,60
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO					
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO:	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL
001 SERVICIOS DE PERSONAL	A-02-02-02-008 SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION		9.039.789,60	0,00	9.039.789,60
Total:			9.039.789,60	0,00	9.039.789,60

Objeto: CD 727 AUX ENFERMERIA

MICHAEL STIVEN PAVA LOZADA  
Analista de Contratos

Capitan YERSON FALCAO VIVEROS MUÑOZ  
Jefe Grupo Contratos HCCEN



# HOSPITAL CENTRAL - POLICIA NACIONAL

Nit: 830067597

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL** Numero: 1171

Página 9 33  
08/07/2020 17:26:54  
V. 5000

EL JEFE DE LA : NO SE ENCONTRO PARAMETRO: 222

## CERTIFICA :

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de NUEVE MILLONES TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS CON 60/100 M/CTE \*\*\* \$9,039,789.60 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: AUX ENFERMERIA /// PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPHA HOCEN /// CD 727 /// PAA 1185  
/// 171 DIAS

Estado: **AUTORIZADO**

Area Solicitante: SERVICIOS DE PERSONAL SECSA HOCEN

Nombre Solicitante: CR DOMINGO LOPEZ

Fecha Solicitud: 08/07/2020

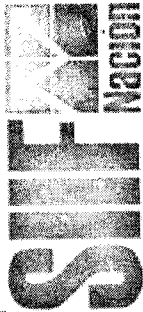
Observaciones: ..

Proyecto:

AREA	IMPUTACION PRESUPUESTAL					DESCRIPCION	VIGENCI	VALOR				
	Tpo	Cla	Cta	Scta	Obj	Ord	Sor	Aux	Recu			
1724000	0	2	020	200	8				16	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	2020	\$9.039.789.60
<b>TOTAL</b>												
											\$9.039.789.60	

Expedido a los 08 días del mes de Julio de 2020 en la ciudad de BOGOTA

  
 PS-16 MARIA TERESA FUELPAZ BOBADILLA  
 RESPONSABLE (EX) PRESUPUESTO HOCEN



Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

Usuario: Salchiana; Unidad o Subunidad Ejecutora: Subunidad Ejecutora Salchiana; Fecha y Hora Sistema: 2020-07-08 10:19 a. m.

IZHshcuesta; 16-01-02-001; SERGIO HERNAN CUESTA RUIZ; HOSPITAL CENTRAL

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Items de afectación de gastos"

Numero:	187020	Fecha Registro:	2020-07-08	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02 001: HOSPITAL CENTRAL		
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado	Tipo:	Gasto	Uso Caja Menor	Ninguno
Valor Inicial:	9.039.789.60	Valor Total Operaciones:	9.039.789.60	Valor Actual:	0.00	Saldo x Comprometer:	9.039.789.60
						Vr. Bloqueado	0.00

**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**

Numero:	189920	Fecha Registro:	2020-07-07	Numero:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	
---------	--------	-----------------	------------	---------	--	----------------------------	--	-------------------	--

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOR	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
001 SERVICIOS DE PERSONAL	A-02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TECNICOS	Nación	16	SSF		9.039.789.60	0.00	9.039.789.60	9.039.789.60	0.00
<b>Total:</b>						9.039.789.60	0.00	9.039.789.60	9.039.789.60	0.00

Objeto: AUX ENFERMERIA // PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPHA HOCEN // CD 727 // PAA 1185 // 171 DIAS \*

*[Handwritten Signature]*  
 PS-16 MABIA TERESA FUJIPAZ BOBADILLA  
 RESPONSABLE (E) PRESUPUESTO HOCEN