



INVITACION DEL CONTRATO

Código: FT-GC-CON-03

Versión: 0.2

Fecha: Mayo 31 de 2024

Página 1 de 4

El Playón, 03 de Octubre de 2025.

Señor:

ALEXANDER ACOSTA JAIMES

E. S. D.

Ref.: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL TRANSPORTE DEL PERSONAL PARA FORTALECER LAS ACCIONES COLECTIVAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ETV Y VACUNACIÓN PARA FIEBRE AMARILLA" ENMARcado DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE LA TECNOLOGIA EN SALUD DE PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) Y ZOONOSIS EN LA ZONA RURAL DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN – SANTANDER

En atención que la E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO, necesita llevar a cabo proceso de contratación con el fin de ejecutar el objeto de la referencia, solicito a usted, allegar dentro de Tres (03) días siguiente al recibido de este escrito, cotización u oferta, de acuerdo con la siguiente información del proceso:

ESPECIFICACIONES:

TIPO DE CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL TRANSPORTE DEL PERSONAL PARA FORTALECER LAS ACCIONES COLECTIVAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ETV Y VACUNACIÓN PARA FIEBRE AMARILLA" ENMARcado DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE LA TECNOLOGIA EN SALUD DE PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) Y ZOONOSIS EN LA ZONA RURAL DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN – SANTANDER

VALOR: VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS (\$28.000.000) MCTE

PLAZO DE EJECUCIÓN: DOS (2) MESES Y VEINTIDOS (22) DÍAS

CARGO	TRANSPORTE
SALARIO MENSUAL	\$10.000.000
FORMA DE PAGO	MENSUAL
INICIO DE LABORES	09 DE OCTUBRE DE 2025
TERMINACIÓN DE LABORES	30 DE DICIEMBRE DE 2025
LUGAR DESEMPEÑO LABORES	E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. Garantizar el desplazamiento diario del equipo técnico de control de ETV a los territorios rurales asignados.
2. Asegurar el transporte adecuado de los biológicos (vacunas) cumpliendo las condiciones de cadena de frío.
3. Transportar equipos, materiales y suministros sanitarios necesarios para las jornadas de vacunación y control vectorial.
4. Facilitar la movilidad entre veredas y zonas rurales, priorizando seguridad y cumplimiento del cronograma operativo.
5. Registrar los desplazamientos (rutas, kilometraje, fechas y destinos) como soporte de las actividades realizadas.



INVITACION DEL CONTRATO

Código: FT-GC-CON-03

Versión: 0.2

Fecha: Mayo 31 de 2024

Página 2 de 4

6. Apoyar en la logística de campo, ayudando a la instalación y organización de puntos de vacunación o educación.
7. Cumplir las normas de tránsito y seguridad vial, así como los protocolos establecidos por la Secretaría de Salud.

Garantizar el mantenimiento preventivo del vehículo, asegurando su disponibilidad y buen estado durante la ejecución del contrato.

Teniendo en cuenta que la presente contratación no requiere la obtención de varias ofertas, se verificará que el oferente cumpla con los requisitos de habilitación e idoneidad, para lo cual deberá allegar la siguiente documentación:

REQUISITOS		O.K.	N.C.	N.A.
1	Carta de Intención para proponer			X
2	Carta de presentación de propuesta	X		
3	Certificado de existencia y Representación Legal, duración, fecha de expedición y objeto social.			x
4	Certificado inscripción del RUP (Registro único de proponentes)			X
5	Documento que acredita conformación de Consorcio o unión temporal			X
6	Propuesta económica	X		
7	Certificado Art. 50 ley 789 de 2002 (Cumplimiento de pago de aportes parafiscales y/o seguridad social)			
8	Idoneidad (título Bachiller, profesional, técnico o tecnológico, otorgado por ente universitario reconocido en la Nación y/o certificados de estudio requeridos) O (Documento que acredite actividad comercial relacionada con el objeto)	X		
9	Acreditación de experiencia específica solicitada			X
10	Certificado de antecedentes disciplinarios	X		
11	Certificado de antecedentes fiscales	X		
12	Certificado de antecedentes penales	X		
13	Medidas correctivas		x	
14	Formato de hoja de vida DAFP	X		
15	Declaración bienes y rentas DAFP	X		
16	Documento de identidad	X		
17	Copia del Nit			X
18	Copia del Rut	X		

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.

Carrera 5 N° 13-34 - NIT: 804.005.555-5

Cel: 3142791434

referencia@esesantodomingosavioelnlavan.gov.co

	INVITACION DEL CONTRATO	Código: FT-GC-CON-03
		Versión: 0.2
		Fecha: Mayo 31 de 2024
		Página 3 de 4

El lugar de ejecución del contrato será el Municipio de El Playón (Santander) o el lugar donde se requieran sus servicios y las partes lo acuerden. Teniendo en cuenta la naturaleza del servicio a ejecutar, el mismo no implicará subordinación, ni dedicación de tiempo completo.

FORMA DE PAGO DEL CONTRATO

DOS (02) pagos parciales por la suma de **DIEZ MILLONES DE PESOS. (\$10.000.000)** y **UN (01)** ultimo pago por valor de **OCHO MILLONES DE PESOS (\$8.000.000)**, previa presentación de la cuenta de cobro, soporte del pago de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales, y el informe de ejecución de actividades debidamente avalado por el supervisor a satisfacción de la ENTIDAD de los servicios contratados.

PARAGRAFO PRIMERO: La cuenta de cobro deberá presentarse mensualmente en fecha y horario establecido Por la ESE, junto con los siguientes soportes: 1. Cuenta de cobro 2. Informe de actividades mensuales, 3. Pago de seguridad social Integral (Salud, Pensión y ARL). **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El contratista autoriza expresamente que se le descuente la suma de cinco mil pesos moneda corriente **(\$5.000)** en cada uno de los pagos que se realicen durante la ejecución del contrato, por concepto de tematización institucional y papelería requerida para su desarrollo. Este descuento se aplicará exclusivamente bajo dicho concepto, no podrá ser incrementado, ni replicado bajo ninguna otra denominación relacionada con gastos administrativos, y en todo caso deberá respetar el equilibrio económico del contrato.

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA.

En desarrollo de la contratación a realizar, se debe tener en cuenta lo establecido para el efecto en el artículo 5 de la Ley 80 de 1993, el artículo 50 de Ley 789 de 2002, y cumplir con las siguientes obligaciones:

- Estar afiliado a entidad de seguridad social de acuerdo a las normas legales vigentes
- Prestar a entera satisfacción el servicio.
- Aceptar la supervisión por parte de la ESE
- Prestar la colaboración necesaria para el desarrollo del objeto del contrato.
- Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo de este contrato, evitando dilaciones y entramamientos que puedan presentarse.
- No acceder a amenazas o a peticiones de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho informando inmediatamente a la Entidad y demás autoridades competentes cuando se presenten peticiones o amenazas.
- Afiliarse a la ARL de conformidad con los numerales 1 y 5 del literal a), del artículo 13 del Decreto-Ley 1295 de 1994, modificado por el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012.
- De conformidad con el artículo 18 del Decreto 723 del 15 de Abril de 2013, allegar el certificado de examen pre-ocupacional.
- Presentar informes mensuales de su gestión y del servicio prestado como requisito de pago de honorarios; y los demás informes que le sean requeridos.
- Realizar el reporte del contrato celebrado al Sistema de Información y Gestión del Empleo – SIGEP II.
- Dar uso adecuado a los equipos y herramientas de trabajo.

REQUISITOS DEL CONTRATISTA Y/O CALIDADES:

Para la suscripción del contrato que se pretende realizar, el contratista debe acreditar los siguientes requisitos establecidos:

Criterio	Personas Naturales	Personas Jurídicas
Experiencia	Presentar copia de un (1) contrato, acta de liquidación o certificación laboral, con objeto igual, similar o relacionado con el objeto de la presente contratación. Soporte: Copia del contrato o certificación.	Presentar copia de un (1) contrato, acta de liquidación o certificación laboral, con objeto igual, similar o relacionado con el objeto de la presente contratación. Soporte: Copia del contrato o certificación.
Idoneidad	Documento que acredite que cuenta con vehículo apto para transitar por vías de	Certificado de existencia y representación legal. Documento que acredite que cuenta

	INVITACION DEL CONTRATO	Código: FT-GC-CON-03
		Versión: 0.2
		Fecha: Mayo 31 de 2024
		Página 4 de 4

	difícil acceso, sin pavimentar, con capacidad para transportar personas y elementos requeridos para las actividades de salud. El vehículo debe contar con extintores, linternas, tacos, herramientas y documentos vigentes como SOAT, seguros, revisión técnico-mecánica.	con vehículos aptos para transitar por vías de difícil acceso, sin pavimentar, con capacidad para transportar personas y elementos requeridos. El vehículo debe contar con extintores, linternas, tacos, herramientas y documentos vigentes como SOAT, seguros, revisión técnico-mecánica.
Conductor	Allegar licencia de conducción vigente y respectiva para el tipo de vehículo a utilizar y los permisos requeridos, si aplica.	Allegar licencia de conducción vigente y respectiva para el tipo de vehículo a utilizar y los permisos requeridos, si aplica.

Experiencia acreditada.

Copia de Contratos y/o certificaciones laborales

DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN LA PROPUESTA.

Los siguientes documentos se deben anexar a la propuesta, los cuales son necesarios para la celebración del contrato:

- Hoja de vida diligenciada en el formato único, en la cual se relacionan entre otros aspectos el referido a experiencia del proponente (Ley 190 de 1.995) adjuntando los soportes de la misma.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía
- Fotocopia del RUT actualizado
- Certificado de antecedentes disciplinarios de la procuraduría.
- Certificado de antecedentes fiscales de la contraloría
- Certificado de antecedentes y requerimientos judiciales de la policía.
- Fotocopia del Licencia de Conducción
- Constancia del pago de seguridad social.
- Declaración juramentada de bienes y rentas.

GARANTÍAS

Por tratarse de contratación directa, es discrecional a la entidad exigir la misma, y dado que el contrato a ejecutar no representa riesgo, por cuanto se cancelará mes vencido al contratista, no se exigirá garantía única de cumplimiento, en la presente contratación.

ENTREGA DE LA PROPUESTA.

La propuesta deberá ser allegada a la dirección Carrera 5 # 13 - 34 del municipio de El Playón, Santander, o al correo electrónico gerencia@esesantodomingosavioeplayon.gov.co

Cordialmente,


MARTHA PATRICIA AYALA MENDEZ
GERENTE
E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO

El Playón, 09 de Octubre de 2025

Doctora

MARTHA PATRICIA AYALA MENDEZ

Gerente ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO

El Playón - Santander.

Referencia: Propuesta

Por medio de la presente me permito presentarle mi hoja de vida con el fin que sea tenida en cuenta y contratar mis servicios a través de contrato de prestación de servicios, de acuerdo con la invitación recibida por la entidad, cuyas especificaciones conozco y acepto, así:

OBJETO A DESARROLLAR

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL TRANSPORTE DEL PERSONAL PARA FORTALECER LAS ACCIONES COLECTIVAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ETV Y VACUNACIÓN PARA FIEBRE AMARILLA" ENMARcado DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE LA TECNOLOGIA EN SALUD DE PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) Y ZOONOSIS EN LA ZONA RURAL DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN – SANTANDER"

Por lo anterior, me obligo a:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE APOYO A LA GESTION:

1. Garantizar el desplazamiento diario del equipo técnico de control de ETV a los territorios rurales asignados.
2. Asegurar el transporte adecuado de los biológicos (vacunas) cumpliendo las condiciones de cadena de frío.
3. Transportar equipos, materiales y suministros sanitarios necesarios para las jornadas de vacunación y control vectorial.
4. Facilitar la movilidad entre veredas y zonas rurales, priorizando seguridad y cumplimiento del cronograma operativo.
5. Registrar los desplazamientos (rutas, kilometraje, fechas y destinos) como soporte de las actividades realizadas.
6. Apoyar en la logística de campo, ayudando a la instalación y organización de puntos de vacunación o educación.
7. Cumplir las normas de tránsito y seguridad vial, así como los protocolos establecidos por la Secretaría de Salud.
8. Garantizar el mantenimiento preventivo del vehículo, asegurando su disponibilidad y buen estado durante la ejecución del contrato.

Me permito allegar los siguientes documentos:

- Hoja de vida diligenciada en el formato único, en la cual se relacionan entre otros aspectos el referido a experiencia del proponente (Ley 190 de 1.995) adjuntando los soportes de la misma.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía
- Fotocopia del RUT actualizado
- Certificado de antecedentes disciplinarios de la procuraduría.
- Certificado de antecedentes fiscales de la contraloría
- Certificado de antecedentes y requerimientos judiciales de la policía.
- Fotocopia de la licencia de conducción.
- Constancia del pago de seguridad social.
- Declaración juramentada de bienes y rentas.

Declaro así mismo:

1. Que conozco y acepto los términos de las presentes bases.
2. Que respondo por la veracidad de la información suministrada
3. Que asumo la responsabilidad por las obligaciones derivadas de la presente propuesta y del objeto contractual en caso de adjudicación
4. Que se ha asesorado debidamente para atender el alcance de las obligaciones derivadas del objeto contractual y en consecuencia se obliga a suscribirlo en los términos y condiciones establecidos en el mismo.
5. Que no me encuentro incurso en ninguna de las cuales, de inhabilidad o incompatibilidad para contratar, establecidas por la Ley.
6. Que anexo a la presente los documentos mencionados en la misma y me hago responsable de su contenido y veracidad.
7. Que declaro indemne a la ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DE EL PLAYÓN - SANTANDER Y SU ACTUAL REPRESENTANTE LEGAL contra todo reclamo, demanda, acción legal y costos que puedan causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros, ocasionados por el trabajador, durante la ejecución del objeto del contrato. En caso de que se formule reclamo, demanda o acción legal contra la ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO - SANTANDER y su actual representante legal por asuntos, que, según el contrato, sean de responsabilidad del trabajador, se le comunicará lo más pronto posible de ello para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley y adelante los trámites para llegar a un arreglo del conflicto.

Atentamente,


ALEXANDER ACOSTA JAIMES
Cédula de ciudadanía No 1.097.306.974



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ACOSTA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) JAIMES	NOMBRES ALEXANDER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No <u>1097306974</u>	GENERO F ☐ M ☒ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>28</u> MES <u>12</u> AÑO <u>1999</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>SANTANDER</u> MUNICIPIO <u>EL PLAYÓN</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>SANTANDER</u> MUNICIPIO <u>EL PLAYÓN</u> TELÉFONO <u></u> EMAIL <u>alexacjaimes@gmail.com</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		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2015	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
MULTIEMERGENCIAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CURSO DE CONDUCTOR DE AMBULANCIA	04	2024

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
MULTIEMERGENCIAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CURSO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	04	2024
MULTIEMERGENCIAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		CURSO PRIMEROS AUXILIOS	04	2024
MULTIEMERGENCIAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		CURSO SOPORTE VITAL BASICO	04	2024

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO EL PLAYÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3142791434			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	17	Mes	06	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR DE AMBULANCIA			DEPENDENCIA CONDUCCION						DIRECCIÓN CARRERA 5 13 34					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SAN ISIDRO DEL MUNICIPIO DE TONA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO TONA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3208013592			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	05	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE SIAU			DEPENDENCIA AGENTE SIAU					DIRECCIÓN CARRERA 3 6 35 TONA SANTANDER						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD TRANSPORTES CAMFRI S.A				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO RIONEGRO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3134024026			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	08	Año	2022	Día	16	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR DE PATIO			DEPENDENCIA CONDUCTOR					DIRECCIÓN AVENIDA 1 12 12 PIEDECUESTA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD RADIOTAX S.A				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCARAMANGA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6425243			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	04	Año	2021	Día	09	Mes	01	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 004/ 2016 CONDUCTOR			DEPENDENCIA CONDUCCION					DIRECCIÓN CARRERA 17 27 28						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO 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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALEXANDER		ACOSTA	JAIMES

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 1097306974

Lugar de nacimiento			
☐ COLOMBIA	Departamento SANTANDER	Municipio EL PLAYÓN	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento SANTANDER	Municipio EL PLAYÓN	

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

Lugar de sede			
País ☐ COLOMBIA	Departamento SANTANDER	Municipio EL PLAYÓN	

Dirección
<input 13-34"]"="" 5="" cra="" no.="" type="text" value="["/>

Cargo o función que cumple
CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$11.700.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$680.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$12.380.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
VIVIENDA	\$600.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☒ No ☐

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SORAYA	ALEJANDRA	RODRIGUEZ	VELASQUEZ

Tipo documento CEDULA DE CIUDADANIA Número 1097305553

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.

> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.

> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--



La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto Integrado de Comercio
"Camilo Torres"

El Playón - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental,
según Resolución No. 17906 del 11 de diciembre de 2000,
Resolución No. 07203 del 22 de Agosto de 2003 y de conformidad con lo dispuesto
en el Decreto Nacional 3011 del 19 de diciembre de 1997

Confiere a:

Alexander Acosta Jaimés

Identificado(n) con C.I. No. 99122808820 Expedida en El Playón

El Título de

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo
con el Proyecto Educativo Institucional - P.E.I.



Rector.



CAMILO TORRES

Secretaria.

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

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 05 Folio No. 01 Registro No. 02

Dado en el Playón, a 03 de Diciembre del año 2015

MATERIA



Instituto Integrado de Comercio

"Camilo Torres"

El Playón - Santander

Acta Individual de Graduación

En la Municipio de EL PLAYÓN, a los 03 días del mes de DICIEMBRE del año 2015, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Plantel, institución aprobada hasta Undécimo grado y en el nivel de Educación Media TÉCNICA y RECONOCIDO OFICIALMENTE POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO, Para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad COMERCIAL, según RESOLUCIÓN No. 17906 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2000 Y RESOLUCIÓN No. 07203 DEL 22 DE AGOSTO DE 2003.

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

BACHILLER COMERCIAL

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

Alexander Acosta Jaimes

Identificado (a) con T.I. 99122808820 de El Playón

Es fiel copia del Acta original general No. 054 de fecha DICIEMBRE 03 DE 2015, que consta de 90 estudiantes, que inicia con el nombre de JUAN PABLO ACEVEDO COLLANTES, y cierra con el nombre de SLENDY JARETH VILLABONA DOMINGUEZ.

Firmada y Sellada por, JAVIER RAMÍREZ BERMÚDEZ (Rector)
y YAMILE CORREDOR BARBOSA (Secretaria).

Dada en EL PLAYÓN, a los 03 días del mes de DICIEMBRE del año 2015.

Firmado y Sellado

Rector.
C.C. 91278874 de Bucaramanga

Secretaria
C.C. 37548742 de Bucaramanga

NIT: 900.584.550-1

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS



MULTIEMERGENCIAS

Certifica que:

Alexander Acosta Jaimes

C.C: 1097306974

Cursó y aprobó:

CURSO CONDUCTOR DE AMBULANCIA (OVEM)

Con una intensidad horaria de **40hr**

Cumpliendo los requisitos legales y reglamentarios exigidos por la Resolución 3100 de 2019
Ministerio de Salud y Protección Social bajo la licencia N° 20005 de 03/10/2023 Secretaria de Salud
Departamental de Santander.

Decreto 1075 de 2015 artículo 2.6.8.8 Ministerio de Educación Nacional.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de la fecha de emisión.

Código de Verificación:

f2f4e20812358d3a

Para su constancia el curso se realizó el

23/04/2024



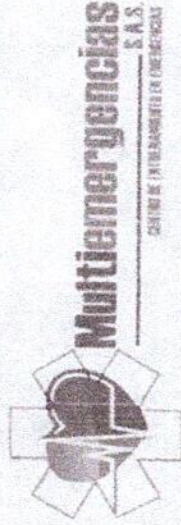
Validez del certificado

ENF. NIXON ARLEY ZAMBRANO GÓMEZ
Director de Educación Multiemergencias
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá D.C. 30/03

OSCAR LEONARDO ARAUJO QUINTANA
Médico y Cirujano Uis
Director Científico
RM 1098649886

NIT: 900.584.550-1

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS



MULTIEMERGENCIAS

Certifica que:

Alexander Acosta Jaimes

C.C: 1097306974

Cursó y aprobó:

CURSO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 40hr

Cumpliendo los requisitos legales y reglamentarios exigidos por la Resolución 3100 de 2019
Ministerio de Salud y Protección Social bajo la licencia N° 20005 de 03/10/2023 Secretaría de Salud
Departamental de Santander.

Decreto 1075 de 2015 artículo 2.6.8.8 Ministerio de Educación Nacional.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de la fecha de emisión.

ENF. NIXÓN ARLEY ZAMBRANO GÓMEZ
Director de Educación Multiemergencias
Ministerio de Salud y Protección Social
Título profesional 30703

Código de Verificación:

e3f5ecf407b47982

Para su constancia el curso se realizó el

23/04/2024

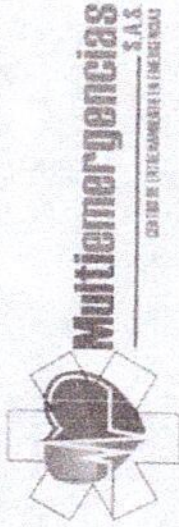


Validez del certificado

OSCAR LEONARDO ARAUJO QUINTANA
Médico y Cirujano UIS
Director Científico
RM 1098649886

NIT: 900.584.550-1

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS



MULTIEMERGENCIAS

Certifica que:

Alexander Acosta Jaimes

C.C: 1097306974

Cursó y aprobó:

CURSO PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad horaria de **20hr**

Cumpliendo los requisitos legales y reglamentarios exigidos por la Resolución 3100 de 2019
Ministerio de Salud y Protección Social bajo la licencia N° 20005 de 03/10/2023 Secretaría de Salud
Departamental de Santander .

Decreto 1075 de 2015 artículo 2.6.8.8 Ministerio de Educación Nacional.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de la fecha de emisión.

Código de Verificación:

4370da8f62325302

Para su constancia el curso se realizó el

23/04/2024

ENF. NIXÓN ARLEY ZAMBRANO GÓMEZ
Director de Educación Multiemergencias
Ministerio de Salud y Protección Social
Tarjeta profesional: 30.003

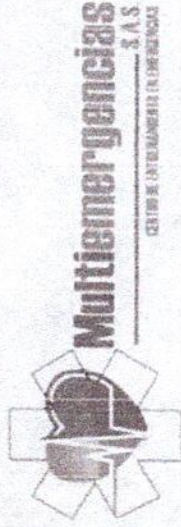
OSCAR LEONARDO ARAUJO QUINTANA
Médico y Cirujano UIS
Director Científico
RM 1098649886



Validez del certificado

NIT: 900.584.550-1

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS



MULTIEMERGENCIAS

Certifica que:

Alexander Acosta Jaimes

C.C: 1097306974

Cursó y aprobó:

CURSO SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Con una intensidad horaria de **20hr**

Cumpliendo los requisitos legales y reglamentarios exigidos por la Resolución 3100 de 2019
Ministerio de Salud y Protección Social bajo la licencia N° 20005 de 03/10/2023 Secretaria de Salud
Departamental de Santander .

Decreto 1075 de 2015 artículo 2.6.8.8 Ministerio de Educación Nacional.

ENF. NIXÓN ARLEY ZAMBRANO GÓMEZ
Director de Educación Multiemergencias
Aceptar Capacitación Servicios de Salud
Tarjeta profesional: 50703

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de la fecha de emisión.

Código de Verificación:

b45b08900e2c8e3d

Para su constancia el curso se realizó el

23/04/2024



Validez del certificado

OSCAR LEONARDO ARAUJO QUINTANA
Médico y Cirujano UIS
Director Científico
RM 1098649886



NIT. 890.203.842-6

OFICINA PRINCIPAL
CALLE 53 No. 17A-24 PISO DOS
Bucaramanga
E-mail: radiotaxsa@hotmail.com
CONMUTADOR: 6336686 - 6414302



LA SUSCRITA GERENTE DE "RADIOTAX S.A."

HACE CONSTAR:

Que el señor **ALEXANDER ACOSTA JAIMES** identificado con Cédula de Ciudadanía N° **1.097.306.974** Expedida en **EL PLAYON**, laboró desde el **10 de abril de 2021** hasta el **09 de enero de 2022**, con contrato a término fijo inferior a un año renovable, devengando un salario mensual correspondiente al Salario Mínimo Legal Vigente más auxilio de transporte, como **CONDUCTOR** de Servicio Intermunicipal de pasajeros.

Se expide la presente a solicitud del interesado en la ciudad de Bucaramanga, a los tres (03) días del mes de **Agosto** del año dos mil veintidós (2022).


Dra. OMAIRA GÓMEZ PÉREZ
Gerente General

RADIO DE ACCIÓN URBANO Y NACIONAL SERVICIO A: RIONEGRO - EL PLAYON - AVDA. QUEBRADASECA No. 17-24/28
QUEBRADASECA - 6425243 - RIONEGRO - 312 471 5352 - PLAYON - 301 3092382

Escaneado con CamScanner



EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA:

Que la Señor **ALEXANDER ACOSTA JAIMES**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.097.306.974** del Playon, laboro en la empresa **TRANSPORTES CAMFRI S.A.** desde el día **10/08/2022** hasta el día **16/11/2023**, bajo un contrato de trabajo a término fijo inferior a un año, desempeñando el siguiente cargo:

♦ CONDUCTOR DE PATIO BENEFICIO

Para constancia de lo anterior, se expide a favor del interesado a los 16 días del mes de noviembre del 2023.

Atentamente,

JANETH BIBIANA HERRERA JAIMES
SUB GERENTE

Edison Lora Gubierrez - Auditor de Talento Humano - Delegado Quinto Sector
Reyes Blandier Valencia - Coordinador de Talento Humano - Delegado de Segundo Sector

Para validar la información del presente certificado comunicarse al 3124024828 - 87000230 ext. 566 o escribir al correo gestionhumana@camfri.com.co

Vereda Tablanca, Parcela 36 vía RUTH - Kilómetro 12 vía Bucaramanga - Piedecuesta -
Pátemo a la española - Metre abajo del Zoológico de aves
Teléfono: 312.300.00.87
www.camfri.com.co



VIGILADO
Supertransporte



COLOMBIA 1



BC CERROPERA



**LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO
SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN SANTANDER**

CERTIFICA:

Que, **ALEXANDER ACOSTA JAIMES**, identificada con Cedula de Ciudadanía N° 1.097.306.974 suscribió el siguiente contrato con la E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO de EL PLAYÓN SANTANDER:

CONTRATO: HSDs-TF111-2024

OBJETO: CONTRATO A TERMINO FIJO COMO CONDUCTOR DE LA E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYON SANTANDER

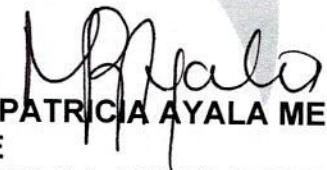
FECHA INICIAL: DIECISIETE (17) DE JUNIO DE 2024.

PLAZO: SEIS (06) MESES Y DOCE (12) DIAS.

ESTADO: LIQUIDADO.

FECHA FINAL: TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2024.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, a los siete (07) días del mes de octubre del 2025.



MARTHA PATRICIA AYALA MENDEZ
GERENTE
E.S.E HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO
EL PLAYÓN – SANTANDER

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.097.306.974**

ACOSTA JAIMES

APELLIDOS
ALEXANDER

NOMBRES
Alexander Acosta Jaimes

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-1999**

EL PLAYON
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.79 **B+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

02-ENE-2018 EL PLAYON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GUANDO YACHA



P-2707400-00972579-M-1097306974-20180125 0059284559A 1 50640120



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1097306974

LIBERTAD Y ORDEN

NOMBRE

ALEXANDER ACOSTA JAIMES

FECHA DE NACIMIENTO

28-12-1999

SANGRE-GRUPO

B+

FECHA DE EXPEDICIÓN

05-08-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



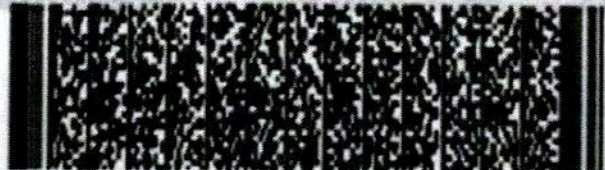
ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

DIR TTOYTE FLORIDABLANCA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VALIDEZ	SERVICIO
B3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO	05-08-2024	PARTICULAR
C3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO	05-08-2027	PUBLICO





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007030118

Servicio Integrado 80047 22-20-0800

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 282256249



PIB
09:38:04
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de octubre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ALEXANDER ACOSTA JAIMES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1097306974:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 07 de octubre de 2025, a las 11:33:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1097306974
Código de Verificación	1097306974251007113316

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:48:55 AM horas del 07/10/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1097306974**

Apellidos y Nombres: **ACOSTA JAIMES ALEXANDER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 07/10/2025 11:45:07 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1097306974** y Nombre: **ALEXANDER ACOSTA JAIMES**.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **124549742**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Busqueda Imprimir**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

 GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:50:57 horas del 07/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1097306974**, Apellidos y Nombres **ACOSTA JAIMES ALEXANDER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SANTO DOMINIGO SAVIO**, con NIT **804005555-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "*por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones*" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "*por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018*", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



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

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1097306974 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 07/10/2025 12:51 PM



Código Verificación: **E8D2Q1H6WU**

Válida hasta: **05/01/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario

14841788774



(415)7707212489984(8020) 000001484178877 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 9 7 3 0 6 9 7 4

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

1 0 9 7 3 0 6 9 7 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

El Playón

2 5 5

31. Primer apellido

ACOSTA

32. Segundo apellido

JAIMES

33. Primer nombre

ALEXANDER

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio

El Playón

2 5 5

41. Dirección principal

MZ 2 CA 10 BRR EL PRADO

42. Correo electrónico

alexacjames@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 3 0 1 6 8 9 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 2 2 0

2 0 2 2 0 7 2 7

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

X

NO

60. No. de folios:

1

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MAYORGA RODRIGUEZ NELSON

985. Cargo Gestor II



Dr. Yuliano Moreno
Médico Esp. Salud Ocupacional

YULIANO MORENO FAJARDO

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD MÉDICO LABORAL



ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

☒ PRE-INGRESO ☐ PERIODICO ☐ REINTEGRO ☐ POST INCAPACIDAD ☐ RETIRO

Lugar y fecha de Atención: **BUCARAMANGA, OCTUBRE 6 DE 2025**

Información General

NOMBRE: ALEXANDER ACOSTA JAIMES

IDENTIFICACIÓN: 1.097.306.974

EDAD: 25 AÑOS

CARGO: CONDUCTOR

EMPRESA: ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DE EL PLAYÓN

EPS: NUEVA EPS

AFP: PROTECCIÓN

ARL: COLMENA

Certifico que una vez realizado el examen médico ocupacional y analizados los resultados de los exámenes paraclínicos pertinentes, **VALORACION OSTEOMUSCULAR**, se encuentra:

☒	Sin limitaciones o Restricciones para la labor
☐	Con Limitaciones o Restricciones para la labor.
☐	Con patología que no produce Limitaciones o Restricciones para la labor.
☐	Aplazado por condición médica.
☐	Puede realizar Trabajo Seguro en Alturas
☐	No cumple con los criterios médicos para realizar Trabajo Seguro en Alturas

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas: Incluir en Programa de Promoción y Prevención. Incluir en Estilos de vida Saludables. Incluir en programa de Pausas Activas de la Empresa. Acondicionamiento físico según requerimientos del cargo. Adecuación ergonómica de puestos de trabajo según disposición de la Empresa y la Labor. Capacitación para manejo de cargas según criterios del cargo y de la Empresa. Se socializa protocolos de Bioseguridad para Covid-19 según el Ministerio de Salud.

Limitaciones o Restricciones: NINGUNA

Observaciones: BUEN ESTADO GENERAL

☐	Programa de Vigilancia Epidemiológica para prevención de lesiones Auditivas
☐	Programa de Vigilancia Epidemiológica para prevención de lesiones Visuales
☐	Programa de Vigilancia Epidemiológica para prevención de Desordenes Musculo Esqueléticos
☐	Programa de Vigilancia Epidemiológica para prevención de Riesgo Psicosocial
☐	Programa de Vigilancia Epidemiológica para prevención de Riesgo Cardiovascular
☐	Programa de inmunización para prevención de Riesgo Biológico
☐	Prevención del Riesgo Químico
☒	Requiere Elementos de Protección Individual
☒	Control Nutricional
☐	Remisión a EPS

Médico Responsable

Trabajador

Yuliano Moreno Fajardo
Médico Especialista en
Salud Ocupacional
Registro 2422 SO 07706

Firma electrónica digital según Ley 527 de 1999

YULIANO MORENO FAJARDO

CC: 91.246.042 de Bucaramanga

Médico Especialista en Salud Ocupacional

Registro Médico: 2422 S.S.S.

Licencia Salud Ocupacional: 05856-marzo 27/2023

ALEXANDER ACOSTA JAIMES

CC 1.097.306.974 de El Playón (Santander)

Este examen se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial, conforme a los establecido en el Art. 16 de la Resolución 1843 de 2025.

Se autoriza la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos.

YULIANO MORENO FAJARDO

Dirección: Carrera 49 No. 73-04 casa 16 C

Teléfono: 3115530457 fijo: 6362143

E-mail: yulianomorenofajardo@yahoo.com.co



Dr. Yuliano Moreno
Médico Esp. Salud Ocupacional

	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 05856

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que YULIANO MORENO FAJARDO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91246042 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 7706 de 24 de abril de 2013 de la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Renuévase LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: YULIANO MORENO FAJARDO. - MÉDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91246042 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

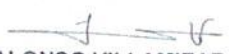
ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

27 MAR 2023

Dada en Bucaramanga a los


JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo. Luis Felipe Tarazona Velásquez – Director de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control
Revisó. Yelitza Lilibeth Hernández González – Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó. Magaly Andrea Mariño Bayona – Grupo de Acreditación en salud SOGC

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



ID: 5e7e3d8e-fea6-48b7-b89a-667682e99a5d

Nombres y apellidos / Full name

ALEXANDER ACOSTA JAIMES

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 9 7 3 0 6 9 7 4

Fecha de nacimiento / Date of birth

28/12/1999

Pais nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3103016899

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

[illegible]

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

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

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

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

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

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

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

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



CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE**CC 1097306974 ALEXANDER ACOSTA JAIMES**Estado Cotizante: **Vigente**

Causal:

Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: **4**Fecha Afiliación: **08/02/2018**

Fecha Último Periodo Cotizado:

Fecha Cancelación:

La presente certificación se expide el día 7 de Octubre de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:**NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS**

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.**

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ACOSTA JAIMES ALEXANDER** identificado(a) con **CC** número **1.097.306.974** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de marzo de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 07 de octubre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

Certificación Bancaria

Miércoles, 08 de octubre de 2025

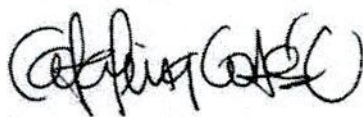
A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ALEXANDER ACOSTA JAIMES identificado(a) con CC 1097306974, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	30120458473	2021-04-09	ACTIVO	*****

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

	ACEPTACION DE PROPUESTA	Código: FT-GC-CON-06
		Versión: 0.2
		Fecha: Mayo 31 de 2024
		Página 1 de 1

El Playón, 09 de Octubre de 2025.

Señor (a):
ALEXANDER ACOSTA JAIMES
E. S. D.

REF: Comunicación de aceptación de propuesta y Adjudicación de contrato

Me permito comunicarle que la oferta presentada por usted en la oficina de Gerencia, cumplió y reunió los requisitos señalados en la Invitación con las siguientes especificaciones:

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL TRANSPORTE DEL PERSONAL PARA FORTALECER LAS ACCIONES COLECTIVAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ETV Y VACUNACIÓN PARA FIEBRE AMARILLA" ENMARcado DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE LA TECNOLOGIA EN SALUD DE PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) Y ZOONOSIS EN LA ZONA RURAL DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN – SANTANDER

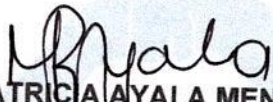
VALOR: VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS (\$28.000.000) MCTE

PLAZO DE EJECUCIÓN: DOS (2) MESES Y VEINTIDOS (22) DÍAS

Para la suscripción, ejecución del contrato presentarse dentro de Un (01) día siguiente al recibido de la presente comunicación.

Las inquietudes que puedan presentarse, por favor diríjase a Oficina de Gerencia a la dirección dirección Carrera 5 # 13 - 34 del municipio de El Playón, o al correo electrónico gerencia@esesantodomingosavioelplayon.gov.co

Cordialmente,


MARTHA PATRICIA AYALA MENDEZ
 GERENTE
E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO