



**E.S.E. HOSPITAL**  
**SAN ANTONIO DE PADUA SIMITÍ**  
NIVEL DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

Señores:

E.S.E. Hospital San Antonio de Padua

P.U. Presupuesto

Att. Dra. **Angela Paola Galvis Jiménez**

E.S.D.

*Luzh. Jorner  
Cto. 267.*

Ref. Solicitud Disponibilidad Presupuestal

353

| Fecha |       |      |
|-------|-------|------|
| Día   | Mes   | Año  |
| 18    | Marzo | 2026 |

De la manera más atenta me permito solicitarle, se expida un certificado de Disponibilidad Presupuestal, de acuerdo a la siguiente información.

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA CONFORMACIÓN Y EJECUCIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD FOCALIZADOS EN LA CABECERA MUNICIPAL DEL MUNICIPIO SIMITÍ, EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 1010 DE 2025, PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA.

**DURACIÓN:** DOS (02) MESES

**VALOR:** SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE

**RUBRO PRESUPUESTAL:** 24502090602 – REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS ASISTENCIALES

  
**JENNY TATIANA PEREZ IGLESIAS**  
Gerente E.S.E. San Antonio de Padua



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti





**ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA SIMITI**  
Nit. 900196366-6  
KM 2 VIA SIMITI-SANTA ROSA DEL SUR - Tel:6027332040

**CERTIFICADO  
DISPONIBILIDAD  
PRESUPUESTAL**  
**No. 353**  
18/03/2026

EL RESPONSABLE DE PRESUPUESTO

**CERTIFICA:**

Que en el presupuesto del(la) ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA SIMITI de la presente vigencia fiscal del 2026, existe CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, con la siguiente denominación:

**Concepto :** CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA CONFORMACIÓN Y EJECUCIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD FOCALIZADOS EN LA CABECERA MUNICIPAL DEL MUNICIPIO SIMITI, EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 1010 DE 2025, PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA ( SERVICIOS EN GENERAL (NO DECLARANTES 6%) (249055) )

| Rubro         | Descripción                                        | Valor                 |
|---------------|----------------------------------------------------|-----------------------|
| 2             | Gastos                                             |                       |
| 24            | Gastos de operación comercial                      |                       |
| 245           | Gastos de comercialización y producción            |                       |
| 24502         | Adquisición de servicios                           |                       |
| 2450209       | Servicios para la comunidad, sociales y personales |                       |
| 245020906     | Servicios Personales Indirectos                    |                       |
| 24502090602   | Remuneración de Servicios Técnicos Asistenciales   | \$6.300.000.00        |
| <b>TOTAL:</b> |                                                    | <b>\$6.300.000.00</b> |

**SON**

SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE

**Tipo de Documento:** Disponibilidad Presupuestal

**Fecha de Saldo:**

**Saldo:** 0.00

El presente certificado se expide a solicitud del(la) Dr(a) JENNY TATIANA PEREZ IGLESIAS

Expedido en el municipio de SIMITI, a los 18 dias del mes de Marzo de 2026 para efectos del control presupuestal.

ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ  
PROFESIONAL UNIVERSITARIA RECURSO HUMANO Y PRESUPUESTO  
1095806031





**ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA SIMITI**  
Nit. 900196366-6  
KM 2 VIA SIMITI-SANTA ROSA DEL SUR - Tel:6027332040

REGISTRO  
PRESUPUESTAL DE  
COMPROMISO  
**No. 708**  
18/03/2026

**Tercero:** LISETH LORENA CHOLO FLOREZ CC 1148685588  
**Referencia Presupuestal:**  
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. CDP-353  
**Referencia Externa:** CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 267  
**Solicita:** ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ.

**Concepto :** CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA CONFORMACIÓN Y EJECUCIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD FOCALIZADOS EN LA CABECERA MUNICIPAL DEL MUNICIPIO SIMITÍ, EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 1010 DE 2025, PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA ( SERVICIOS EN GENERAL (NO DECLARANTES 6%) (249055) )

| Rubro         | Descripción                                        | Valor                 |
|---------------|----------------------------------------------------|-----------------------|
| 2             | Gastos                                             |                       |
| 24            | Gastos de operación comercial                      |                       |
| 245           | Gastos de comercialización y producción            |                       |
| 24502         | Adquisición de servicios                           |                       |
| 2450209       | Servicios para la comunidad, sociales y personales |                       |
| 245020906     | Servicios Personales Indirectos                    |                       |
| 24502090602   | Remuneración de Servicios Técnicos Asistenciales   | \$6.300.000.00        |
| <b>TOTAL:</b> |                                                    | <b>\$6.300.000.00</b> |

**SON**

SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE

**Tipo de Documento:** Registro Presupuestal de Compromiso

**Fecha de Saldo:**

**Saldo:** 0.00

El presente certificado se expide a solicitud del(la) Dr(a) JENNY TATIANA PEREZ IGLESIAS

Expedido en el municipio de SIMITI, a los 18 dias del mes de Marzo de 2026 para efectos del control presupuestal.

ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ  
PROFESIONAL UNIVERSITARIA RECURSO HUMANO Y PRESUPUESTO  
1095806031





**E.S.E. HOSPITAL**  
**SAN ANTONIO DE PADUA SIMITÍ**  
NIVEL DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

El Decreto 1737 del 21 de agosto de 1998, modificado por el Decreto 2209 de 1998, estableció medidas de austeridad y eficiencia dirigidas a entidades que manejan recursos provenientes del Tesoro Público, entre las cuales establece en su artículo 3º lo siguiente: *"Los contratos de prestación de servicios con personas naturales o jurídicas, sólo se podrán celebrar cuando no exista personal de planta con capacidad para realizar las actividades que se contratarán".* *"...no existe personal que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, o cuando el desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización que implica la contratación del servicio, o cuando aun existiendo personal en la planta, éste no sea suficiente..."*.

**EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE JEFE DE RECURSO HUMANO DE LA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN ANTONIO DE PADUA**  
Nit. 900.366.966-6

**CERTIFICA**

Que, la gerente de la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua aprobó la necesidad presentada por el P.U. Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto, de contar con los servicios de una persona natural con formación profesional como AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

Que, una vez revisado:

- Acuerdo Directivo 003 del veinticinco (25) de enero de 2008 "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE LA ESTRUCTURA ORGNÁNICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN ANTONIO DE PADUA"
- Acuerdo Directivo 004 del veinticinco (25) de enero de 2008 "POR EL CUAL SE ADOPTA EL PLAN DE CARGOS Y ASIGNACIONES LABORALES PARA LOS EMPLEOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN ANTONIO DE PADUA - SIMITÍ"
- Acuerdo Directivo 003 del veintinueve (29) de noviembre de 2013 "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL PLAN DE CARGOS Y ASIGNACIONES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN ANTONIO DE PADUA DE SIMITÍ BOLÍVAR"

Se constató que en la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua no existe personal o no es suficiente, o no existe personal especializado que pueda atender las obligaciones específicas derivadas del objeto contractual *"Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para la conformación y ejecución de Equipos Básicos de Salud focalizados en la cabecera municipal del municipio Simití, en el marco de la Resolución 1010 de 2025, para la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua"*, por lo que de acuerdo a la necesidad se requiere iniciar el proceso de selección contemplado en el Estatuto de Contratación de la entidad.

La presente se firma en el municipio de Simití – Bolívar, a los dieciocho (18) días del mes de marzo de 2026.

**ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ**  
**P.U. JEFE DE TALENTO HUMANO Y PRESUPUESTO**  
**E.S.E. SAN ANTONIO DE PADUA**



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



[simitisanantoniodepadua@gmail.com](mailto:simitisanantoniodepadua@gmail.com)  
[www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co](http://www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co)  
[@hospitalsanantoniodepaduadesimiti](http://@hospitalsanantoniodepaduadesimiti)





**E.S.E. HOSPITAL**  
SAN ANTONIO DE PADUA SIMITÍ  
NIVEL DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE TALETO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL  
ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE SIMITÍ –  
NIT. 900.196.366-6

**CERTIFICA**

La inclusión en el PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, vigencia 2026, de la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua de Simití – Bolívar de la contratación para PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA CONFORMACIÓN Y EJECUCIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD FOCALIZADOS EN LA CABECERA MUNICIPAL DEL MUNICIPIO SIMITÍ, EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 1010 DE 2025, PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA, por valor de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE, de acuerdo con la clasificación de los códigos UNSPSC. Descripción y valor, aprobado mediante Acta del Comité de Compras e Inventario.

| CÓDIGO UNSPSC | SEGMENTO               | FAMILIA                           | CLASE                                                       | PRODUCTO                    |
|---------------|------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 85101601      | 85. Servicios de Salud | 10. Servicios integrales de salud | 16. Personas de soporte de prestación de servicios de salud | 01. Servicios de enfermería |

En constancia se firma en el municipio de Simití – Bolívar, a los dieciocho (18) días del mes de marzo de 2026.

ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ  
P.U. JEFE DE TALENTO HUMANO Y PRESUPUESTO  
E.S.E. SAN ANTONIO DE PADUA



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti





**ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS PARA CONTRATAR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA CONFORMACIÓN Y EJECUCIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD FOCALIZADOS EN LA CABECERA MUNICIPAL DEL MUNICIPIO SIMITÍ, EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 1010 DE 2025, PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA**

|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| DEPENDENCIA QUE PROYECTA | OFICINA JURIDICA     |
| FECHA                    | Marzo 18 de 2026     |
| MODALIDAD                | CONTRATACION DIRECTA |

**MARCO LEGAL**

Que, de conformidad con lo establecido en el Estatuto de Contratación de la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua (ubicada en el Municipio de Simití – Bolívar), adoptado mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 04 de fecha noviembre cinco (05) de 2024, la entidad dispone de cuatro mecanismos de selección para elegir el oferente o proponente con el cual suscribirá los diferentes contratos para dar cumplimiento a los fines constitucionales y legales asignados, así como para solventar cada una de las necesidades identificadas para lograrlo. En este sentido, el estatuto en su TÍTULO II, CAPÍTULO I, Artículo Décimo Sexto. DE LAS MODALIDADES DE SELECCIÓN contempla:

- **LA CONTRATACIÓN DIRECTA:** es el procedimiento en el cual se selecciona el contratista de forma directa.
- **LA CONVOCATORIA PÚBLICA:** corresponde a los procesos contractuales mediante los cuales se formula públicamente una convocatoria para que, en igualdad de oportunidades, los interesados presenten sus ofertas y la Empresa Social del Estado seleccione la propuesta más favorable para la entidad de conformidad con la evaluación que se realice.
- **SUBASTA INVERSA:** La Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua, conforme a lo establecido en el artículo 5 de la Resolución 5185 de 2013, si as, lo considera necesario, podrá por este mecanismo, realizar la conformación dinámica de ofertas y sistemas de compras electrónicas entendidos como los mecanismos de soporte a las transacciones propias de los procesos de adquisición que permitan a la entidad realizar compras de manera eficiente.
- **ADQUISICIÓN EN GRANDES SUPERFICIES:** La Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua, conforme a lo establecido en el artículo 86 del Decreto 1510 de 2013 compilado en el Decreto 1082 de 2015, podrá adquirir de forma directa bienes en grandes superficies hasta por el monto de la mínima cuantía.

Que, el Estatuto de Contratación de la E.S.E. HSAP en su Artículo Décimo Séptimo, numeral 1.2, literal i, establece que "Sin consideración a la cuantía, es decir por la **NATURALEZA** del contrato, la E.S.E. podrá contratar por modalidad directa, con persona natural o jurídica que este en capacidad de contratar observando los precios del mercado en los siguientes eventos... i) Para la prestación de servicios profesionales, técnicos y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo puedan encomendarse a determinadas personas naturales".

Que, de conformidad con los postulados definidos en el numeral 7 del Artículo 25 de la Ley 80 de 1993, corresponde a la entidad estatal contratante, señalar la conveniencia o inconveniencia del objeto a contratar y las autorizaciones y aprobaciones para ello, por lo que se analizarán o impartirán con antelación al inicio del proceso de selección del contratista o al de la firma del contrato, según sea el caso.

Que, el Estatuto de Contratación en el Artículo Décimo Octavo señala que la primera fase de los procesos contractuales adelantados por la entidad es la **FASE DE PLANEACIÓN**, la cual de acuerdo a lo desarrollado por el artículo Décimo Noveno comprende las actividades de: **1. PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, 2. ESTUDIOS PREVIOS, y 3. TERMINOS Y CONDICIONES**. Respecto a los Estudios Previos dice lo siguiente "Los estudios y documentos previos son el soporte para tramitar los procesos de contratación de la E.S.E., los cuales deberán ser elaborados por la dependencia de la cual surge la necesidad, necesidad que será aprobada por la gerencia previo a la elaboración de los estudios, los cuales deberán ajustarse a cada modalidad o criterio de selección, revisados en su parte jurídica por el profesional de contratación y deberán contener componentes de carácter técnico, financiero y jurídico, además de los siguientes elementos, entre otros: a) La descripción de la necesidad que se pretende satisfacer con el proceso de contratación, b) Objeto a contratar con sus especificaciones, las autorizaciones, permisos y licencias requeridos para su ejecución, c) La modalidad de selección del contratista y su justificación, incluyendo los fundamentos jurídicos, d) El valor estimado del contrato y la justificación del mismo, incluyendo el análisis económico, e) Los criterios para seleccionar la oferta más favorable, en el caso que se requiera, f) La clasificación del bien o servicio de acuerdo con el clasificador de Bienes y Servicios publicado por Colombia Compra, g) El análisis de riesgo y la forma de mitigarlo, h) Las obligaciones de las partes, i) Las garantías exigidas en el proceso de contratación."

Que, el Parágrafo Primero del artículo Décimo Noveno del Estatuto de Contratación de la Entidad Hospitalaria E.S.E. San Antonio de Padua establece que "Para el caso de la contratación directa de servicios profesionales, técnicos y de apoyo a la gestión, en el estudio previo se referirá, entre otras, las condiciones que permiten determinar la idoneidad del contratista, tales como, experiencia, formación profesional, estudios realizados, etc."

Que, el Artículo Vigésimo Séptimo del Estatuto de Contratación de la Entidad Hospitalaria E.S.E. San Antonio de Padua, al referirse a la modalidad de contratación directa establece que la entidad "podrá contratar directamente, con la persona natural o jurídica que este en capacidad de ejecutar el contrato, observando los precios del mercado en aquellos contratos cuya cuantía sea inferior o igual a 500 SMMLV, con excepción de aquellos que cuenten con un procedimiento especial determinado



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com

www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co

@hospitalsanantoniodepadua.desimiti





en el estatuto y manual de contratación. En esta modalidad deberá observarse el siguiente procedimiento: Necesidad de la contratación, invitación a Cotizar, Recepción de Cotizaciones, Solicitud de Disponibilidad presupuestal, Estudios de Necesidad y Conveniencia, Idoneidad del contratista, Celebración y/o perfeccionamiento del Contrato, Expedición Registro Presupuestal, Aprobación de garantías si es el caso, Suscripción del acta de inicio".

Que, la elaboración de unos adecuados estudios previos, la Certificado oportuna de la necesidad que existe en la entidad, el análisis de las distintas alternativas que existen para satisfacerla, la Certificado de las condiciones y precios del mercado, etc., determinan el éxito de los procesos de selección y de la ejecución del contrato.

Que, el inciso segundo, del numeral 2, del artículo Vigésimo Séptimo del Estatuto de Contratación establece que "Para la contratación de servicios profesionales, técnicos o de apoyo a la gestión no será obligatoria la invitación a cotizar o solicitud de cotizaciones".

Que, el numeral 4 del artículo Vigésimo Séptimo del Estatuto de Contratación de la Entidad Hospitalaria E.S.E. San Antonio de Padua, al referirse a la modalidad de contratación directa establece que "La Dependencia que requiera de la contratación a través de un documento, determinará la necesidad de la contratación y las condiciones técnicas, jurídicas y financieras, siendo remitidas al profesional de contratación para su revisión jurídica".

Que, la planeación de la contratación constituye una de sus más importantes etapas. La gran mayoría de dificultades e inconvenientes en la actividad contractual se presentan por el incumplimiento por parte de las entidades estatales del importante principio de planeación.

Que, por ello es recomendable que las entidades públicas establezcan, de forma clara, tanto los procedimientos internos de planeación de la contratación, en consonancia con las normas citadas, como los responsables de ejecutarlos, con el fin de garantizar no sólo el éxito de los procesos de selección, sino el resultado satisfactorio de los contratos. Esto no sólo permite que el Estado cumpla con sus fines esenciales, sino que garantiza que lo haga de forma oportuna y sin mayores costos.

La E.S.E. Hospital San Antonio de Padua, es un entidad pública descentralizada, no sujeta al Estatuto de Contratación de la Administración Pública, conforme lo establece el numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1993 se rige por el derecho privado; y la junta directiva conforme los lineamientos establecidos en el Resolución 5185 de 2013, Resolución 1440 de 2024 y Acuerdo Directivo No. 05 de fecha noviembre 5 de 2024, realiza a través del presente documento la respectiva justificación de la necesidad para la contratación bajo la modalidad de Contrato de Prestación de Servicios, requerido por el P.U. Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto.

La E.S.E. Hospital San Antonio de Padua, contratará una persona natural que preste sus servicios para la ejecución del objeto que en este estudio se plantea, haciendo uso de la posibilidad que le otorga la ley, para lo cual obtendrá una oferta que le permita contratar con la persona idónea y con experiencia requerida en el tema.

## 1. NECESIDAD QUE SATISFACE LA CONTRATACIÓN

La E.S.E. San Antonio de Padua fue creado mediante el Decreto Departamental 737 de 2007, como una entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrito a la Secretaría de Salud Departamental. Con el objeto de prestar servicios de salud de baja y mediana complejidad, entendido como un servicio público a cargo del Departamento y como parte del sistema de seguridad social en salud. Además.

El derecho a la salud es un derecho fundamental entendido como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, debiendo ser garantizada bajo la supervisión del estado para todas las personas sin ninguna discriminación. La Constitución Política de Colombia en el artículo 49 reza: "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad."

En consecuencia, es pertinente aclarar que a partir de la expedición de la Ley 1751 de 2015, la salud de los ciudadanos está por encima de cualquier consideración. En consecuencia, todas las instituciones del sector tienen que ajustarse para cumplir con este nuevo derecho fundamental.

Que, en conexión con lo anterior, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", establece que, en desarrollo del principio de equidad, es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección. A su vez, la Ley también destaca el principio de solidaridad, por el cual el sistema de salud debe basarse en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com

www.esehospital-sanantoniodepadua-desimiti.gov.co

@hospital-sanantoniodepadua-desimiti





Que, la constitución Política de Colombia en su artículo 49 establece que "la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud", este servicio debe prestarse de manera eficiente, eficaz y oportuna a los usuarios que demandan la atención en los diferentes organismos de salud en el país. El Gobierno Nacional mediante la Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral" determino en su artículo 194 que la prestación adecuada de los servicios de salud en forma directa por la nación o por la entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las Asambleas o concejos distritales o municipales, según el nivel de organización del Estado a que pertenezcan, sometidas al régimen jurídico previsto en el capítulo III de la misma Ley, de igual forma el artículo 195.6 ibidem determino que las Empresas Sociales del estado se rigen en materia contractual por el derecho privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia, en todo caso sujeta a los principios del Estatuto de Contratación Pública y pudiendo discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes prevista en el estatuto General de Contratación. De la Administración Pública, lo anterior en concordancia con el Decreto Reglamentario 1876 de 1994, en virtud de la cual se reglamentó la Ley 100 de 1993.

Que, la E.S.E. San Antonio de Padua de Simití, presta sus servicios de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año, de esta manera, la empresa como parte integral del sistema General de seguridad social en salud, no puede sustraerse de dicha obligación pese a sus limitaciones de personal de planta, para llevar a cabo las labores requeridas que permitan prestar los diferentes servicios asistenciales y los conexos a dicha actividad.

Que, los artículos 194 y 195 de la Ley 100 de 1993, establecen que las Empresas Sociales del Estado – E.S.E. – son las encargadas de la prestación de servicios de salud en los territorios y que podrán ser destinatarias de transferencias directas con cargo al presupuesto de la Nación o entidades territoriales.

Que, el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 asigna a la Nación, la dirección del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de sus competencias, dentro de las cuales se encuentran las de impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones.

Que, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, regula el derecho fundamental a la salud, estableciendo en su artículo 2 que el goce de éste se garantiza con su prestación como servicio público esencial, correspondiéndole al estado la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y la adopción de políticas que permitan asegurar la igualdad de trato y oportunidades para acceder a sus distintos componentes.

Que, mediante Resolución 555 de 2022, modificada por la Resolución 1222 de 2024, se establecieron los criterios de asignación de recursos para las entidades territoriales y para las Empresas Sociales del Estado, de los rubros: "Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud Ley 100 de 1993", "Plan Nacional de Salud Rural" y "Mejoramiento de la Red de Urgencias y Atención de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tráfico", y se definió el funcionamiento del Comité Asesor para la Asignación de Recursos – CAAR, instancia asesora que emite recomendaciones al Ministro de Salud y Protección Social en relación con la asignación de recursos de los citados rubros.

Que, el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, adopta la Estrategia de Atención Primaria en Salud la cual se define como un ejercicio de coordinación intersectorial para garantizar la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad para lograr un mayor nivel de bienestar en los usuarios

Que, el artículo 13 de la citada ley, señala los elementos que se deben tener en cuenta para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, entre los que se encuentra el talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado, como respuesta a las barreras identificadas en la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, en procura de avanzar hacia un sistema de salud con capacidad de respuesta para abordar y asegurar la atención en salud de las personas, familias y comunidades en todos sus momentos de curso de vida.

Que, el artículo 15 de la mencionada norma, dispone que los Equipos Básicos de Salud tienen la obligación de facilitar el acceso a los Servicios de Salud, en el marco de la estrategia de atención primaria en Salud; en ese sentido, la constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano y, por ende, deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población.

Que, en la prestación de los servicios de salud, son actores relevantes las Empresas Sociales del Estado, en razón a que pueden contratar recursos de salud pública en los términos establecidos en los artículos 14 y 15 de la Resolución 518 de 2015 modificada por las Resoluciones 3280 de 2018, 295 y 527 de 2023, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, considerando que dicho acto administrativo dispone que se debe vincular prioritariamente a las Empresas Sociales del Estado ubicadas en el territorio, previa determinación de su capacidad técnica y operativa, a efectos de brindar las atenciones establecidas en el Plan de Atención en Salud Pública

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la Resolución 737 de 2024, la cual derogó la Resolución 5514 de 2013 y modificó la Resolución 2361 de 2016, dispuso que los actos administrativos que soporten la ejecución de recursos a través del mecanismo de transferencia a entidades territoriales o sus entes adscritos o vinculados, deberán enmarcarse en los requisitos allí previstos y atender a la planeación que la dependencia responsable de la ejecución efectúe para dicha vigencia



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com

www.esehospitalsanantoniodepaduaesimiti.gov.co

@hospitalsanantoniodepaduaesimiti



Que, en ese sentido, los equipos básicos de salud, se entienden como aquellas estructuras funcionales y organizativas que permiten facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, que tendrán entre sus funciones, las definidas en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011, y su financiación y constitución será con recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud, conforme con lo dispuesto en el artículo 15 de la referida ley.

Que, este Ministerio, a través de la Resolución 737 del 30 de abril de 2024, la cual derogó la Resolución 5514 de 2013 y modificó la Resolución 2361 de 2016, dispuso que los actos administrativos que soporten la asignación de recursos, que se ejecutan mediante transferencia a entidades territoriales o sus entes adscritos o vinculados, deberán enmarcarse en los requisitos allí previstos y atender a la planeación que la dependencia responsable de la ejecución efectúe para dicha vigencia.

Que, la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua presentó propuesta a la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, para apoyar la financiación de Equipos Básicos de Salud – EBS en el municipio.

Que, ante los miembros del Comité Asesor – CAAR, en sesión del 18 de mayo de 2025, se presentaron los conceptos de viabilidad de las citadas propuestas, los cuales se avalaron bajo la revisión técnica realizada por la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de garantizar el despliegue de equipos básicos de salud para la atención de las personas, familias y comunidades en los departamentos de departamentos de Antioquia, **Bolívar**, Boyacá, Cauca, Cundinamarca, Huila y Santander. En consecuencia, los integrantes del órgano asesor recomendaron mediante Acta No. 45 al señor Ministro de Salud y Protección Social, la asignación de recursos a las entidades referidas en la parte resolutive de la Resolución 1010 del veintitrés (23) de mayo de 2025, por un valor de DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL OCHENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL CIENTO CUARENTA PESOS (\$299.089.219.140,00) M/CTE, desagregados como se indicará en la parte resolutive del presente acto administrativo.

Que, la mencionada Resolución 1010 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social asignó a la entidad hospitalaria Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua la suma de SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA MIL PESOS (\$774.470.000,00) M/CTE para el fortalecimiento de la atención primaria de salud a través de la conformación y operación de Equipos Básico de Salud (EBS) de la siguiente manera:

| No. | ENTIDAD RECEPTORA DE LOS RECURSOS                       | MUNICIPIO BENEFICIARIO | TIPO EBS          | #EBS | #MESES OPERACIÓN | RECURSOS A ASIGNAR |
|-----|---------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|------|------------------|--------------------|
| 58  | Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua | Simiti                 | Continuidad Rural | 1    | 4                | \$224.740.000      |
|     |                                                         |                        | Ampliación Rural  | 2    | 4                | \$368.080.000      |
|     |                                                         |                        | Ampliación Urbana | 2    | 4                | \$181.650.000      |

Que, la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua presentó propuesta a la Secretaría Departamental de Salud para la ejecución durante la vigencia 2026 de los recursos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 1010 de 2025, de la siguiente manera:

| ENTIDAD RECEPTORA DE LOS RECURSOS                       | MUNICIPIO BENEFICIARIO | TIPO EBS | #EBS | #DIAS OPERACIÓN | RECURSOS A ASIGNAR |
|---------------------------------------------------------|------------------------|----------|------|-----------------|--------------------|
| Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua | Simiti                 | Rural    | 3    | 90              | \$587.128.500      |
|                                                         |                        | Urbano   | 2    | 71              | \$158.146.000      |

Para la implementación y operación de los Equipos Básicos de Salud el Ministerio de Salud y Protección social ha dispuesto la tercera versión actualizada del "Lineamiento Técnico Operativo de Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento" a través del cual orienta sobre la conformación, operación y seguimiento a EBS, con la implementación de acciones de planeación y gestión de la salud pública a cargo de las Entidades Territoriales (ET), en coordinación con los demás integrantes del sistema de salud.

Que, de manera conjunta la alcaldía municipal de Simiti y la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua, representadas por la Secretaría Municipal de Salud y Gerente de la E.S.E. respectivamente, focalizaron y priorizaron los territorios de San Joaquín, Brisas y El Paraíso para la operación de dos Equipos Básicos de Salud en zona rural del municipio. De esta manera, operarán tres (03) EBS en zona rural y dos (02) EBS en zona urbana del municipio de Simiti.

Que, la planeación territorial en salud tiene como centro a los sujetos de derecho y su relación con el territorio. Al momento de planear la conformación, operación y seguimiento de los EBS se debe considerar: i) los resultados en salud; ii) las necesidades y prioridades en salud de las personas, familias y comunidades que habitan un territorio, definidas a partir del análisis de situación de salud, la caracterización poblacional que desarrollan los diferentes agentes del Sistema de Salud en el territorio y las dinámicas sociales, ambientales, geográficas, económicas y políticas del territorio; y, iii) la planeación territorial, en coherencia con las metas definidas en el Plan Territorial de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y otros compromisos nacionales e internacionales en materia de salud.

Que, en cumplimiento de la tercera versión actualizada del "Lineamiento Técnico Operativo de Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento" se identificaron los perfiles que conformarán los Equipos Básicos de Salud que operarán en la cabecera municipal del municipio de Simiti:



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simiti



simitisanantonidepadua@gmail.com  
 www.esehospitalsanantonidepaduadesimiti.gov.co  
 @hospitalsanantonidepaduadesimiti





- Dos (02) médicos
- Dos (02) enfermeros profesionales
- Siete (07) auxiliares de enfermería
- Dos (02) higienistas orales
- Dos (02) psicólogos o trabajadores sociales
- Un (01) coordinador
- Dos (02) gestores comunitarios.
- Dos (02) profesionales complementarios

Además, el lineamiento establece las responsabilidades de los equipos básicos en salud en el abordaje territorial, definiendo actividades, periodicidad, responsables y productos entregables por perfil profesional y técnico. De esta manera se hace necesaria la vinculación del perfil como AUXILIAR DE ENFERMERÍA para desarrollar las actividades descritas en el lineamiento y que se relacionan en las obligaciones del contratista.

Actualmente, la planta de personal de la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua resulta insuficiente para atender esta actividad, debiéndose acudir a la contratación de personal externo, para cubrir la necesidad y demanda en la Entidad ya que no se cuenta con disponibilidad técnica del perfil requerido en la E.S.E. para atender esta actividad siendo una tarea temporal, y con la presente necesidad se justifica su contratación, máxime que, dadas las directrices del programa, se debe contratar personal destinado a la ejecución de los EBS.

## 2. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR

Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para la conformación y ejecución de Equipos Básicos de Salud focalizados en la cabecera municipal del municipio Simití, en el marco de la Resolución 1010 de 2025, para la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua

### 2.1 CÓDIGO UNSPSC

Que, la Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto certificó que la presente necesidad se encuentra incluida en el Plan Anual de Adquisiciones Institucional para la vigencia 2026 con la siguiente clasificación **UNSPSC**:

| CÓDIGO   | NOMBRE                  |
|----------|-------------------------|
| 85101601 | Servicios de enfermería |

## 3. OBLIGACIONES

### 3.1 OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA

1. Realizar atenciones Individuales y otras atenciones en salud en el marco de las Redes Integradas de Servicios salud como: Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones en salud / Información en salud / Atención para promoción y apoyo a la lactancia materna / Educación para la salud / Toma de muestras de laboratorio / Vacunación. 2. Efectuar la notificación de Eventos de Interés en Salud Pública identificados en el territorio, efectuando la detección, recolección y comunicación de los datos necesarios para que la E.S.E. analice, entienda y active la respuesta ante las situaciones de los eventos en salud pública identificados en los territorios. 3. Realizar la afiliación de oficio a la población que se encuentre sin aseguramiento, realizando el proceso de registro en el Sistema de Afiliación Transaccional SAT. 4. Realizar acciones educativas sobre aspectos básicos de salud y promoción del medio ambiente. 5. Participar en las actividades que programe la E.S.E. para el fortalecimiento de capacidades de los EBS. 6. Participar en los espacios o mecanismos efectivos que se brinden para que los EBS faciliten la respuesta de otros sectores o actores a las personas en los microterritorios. 7. Efectuar el diseño, concertación, implementación y seguimiento del Plan de Cuidado Primario para cada una de las familias intervenidas aplicando las siguientes fases: a). Identificación de capacidades y condiciones de salud (Familia / Integrantes de la Familias/ Entornos). b). Concertación. (Identificación conjunta de prácticas de cuidado y prioritarias / Definición y alcance de logros). c). Implementación. (Atenciones Acciones de Gestión). d). Seguimiento. (Logros y acuerdos con la familia / Atenciones / Acciones de Gestión / Novedades). 8. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contrato con las comunidades de cada microterritorio. 9. Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través medios y herramientas comunicativas. 10. Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio, en las casas y/o grupos familiares que no han sido caracterizadas anteriormente. 11. Concurrir con la identificación las prioridades de respuesta individual, familiar comunitario por edad, Sexo- género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio Asignado. 12. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos ocasionen un alto impacto en salud pública. 13. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. 14. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. 15. Concurrir con la canalización a la oferta en servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades Sociales de salud identificadas. 16. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por otros sectores. 17. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepadua.desimiti





defina el ministerio de salud y protección social para tal fin. **18.** Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas - barrios y microterritorios abordados por el equipo. **19.** Apoyar procesos de consolidación de la información según lineamientos de MSPS para los EBS así como la rendición de los informes requeridos. **20.** Garantizar la asistencia a los procesos de capacitación a que se convocado para la cabal ejecución del proyecto. **21.** Utilizar en debida forma los elementos de protección personal para el desarrollo de las actividades. **22.** Custodiar, cuidar y responder por el buen estado de los equipos, elementos, dotación, herramientas y suministros que le sean puestos a disposición para el desarrollo de las actividades. **23.** Cumplir con las obligaciones de afiliación y pago del Sistema General de Seguridad Social en Salud. **24.** Presentar los informes de actividades correspondientes previo a los pagos respectivos. **25.** Cumplir con las actividades propias del objeto contractual de acuerdo con el estudio previo y con la propuesta. **26.** Acatar las instrucciones que para el desarrollo del contrato le imparta la E.S.E. por conducto de la supervisión. **27.** No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley, con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho. **28.** Las demás que sean requeridas por la entidad y que se relacionen con el objeto contractual.

### **3.2 OBLIGACIONES GENERALES CONTRATISTA**

**1.** Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución contractual, evitando dilaciones y entramientos que afecten el debido desarrollo del contrato. **2.** Cumplir con el objeto del contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad, por tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral ninguno entre el contratista y la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua. **3.** Llevar registros, archivos y controles, que se requieran para la información oportuna y confiable respecto de los asuntos a su cargo. **4.** Informa con la debida oportunidad al SUPERVISOR de cualquier circunstancia que afecte la debida ejecución del contrato. **5.** Prestar a entera satisfacción del CONTRATANTE el servicio contratado. **6.** Cumplir con las actividades y metas establecidas en el contrato, cifándose a la naturaleza del contrato, la necesidad de la entidad y los principios de celeridad, transparencia, responsabilidad, eficacia y objetividad entre otros. **7.** Responder por los elementos, bienes, información, etc. que se pongan a su disposición para la ejecución del presente contrato, propendiendo, en todo caso, por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios profesionales de manera independiente y autónoma. **8.** Acreditar afiliación a salud y pensión, según lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 797 del 2003 y Decreto 510 del 2003, Ley 1753 de 2015 Artículo 135. **9.** Dar estricto cumplimiento a las normas de orden laboral y prestacional. **10.** Otorgar las pólizas dentro de los términos que solicite la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua. **11.** Aceptar la supervisión por parte de la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua. **12.** No acceder a amenazas o peticiones de quienes actúen por fuera de la Ley, con el fin de obligarlo hacer u omitir algún acto o hecho, debiendo informar inmediatamente a la Entidad y demás autoridades competentes cuando se presenten este tipo de situaciones. **13.** Presentar al SUPERVISOR el último día hábil de cada mes un informe mensual de actividades de su gestión y del servicio prestado como requisito de pago, así como un informe de la totalidad de las actividades ejecutadas y la finalización de la ejecución del contrato y los demás informes que le sean asignados. **14.** El Contratista debe dar cumplimiento obligatorio a los procesos y procedimientos establecidos por la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua, para la evaluación y control de las políticas establecidas por la entidad, garantizando de esta manera la calidad de la atención a los usuarios, tendientes a la acreditación de la institución. **15.** El contratista deberá dar cumplimiento al anexo de confidencialidad para el manejo de la información de la E.S.E. HSAP. **16.** El contratista se obliga a utilizar los elementos de Protección Personal (EPP), si es el caso y se responsabiliza de su adecuado uso. **17.** El contratista deberá estar inscrito en el Sistema de Información del Empleo público – SIGEP, y en la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOPII, previo a la firma del contrato. **18.** Tener conocimiento del código de integridad de la E.S.E. HSAP que será comunicado por Recursos Humanos. **19.** Cumplir con el objeto de este contrato en defensa de los intereses económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes con la debida diligencia, oportunidad y confidencialidad. **20.** No ejercer ninguna forma de violencia contra las mujeres, ni basadas en género, ni actos de racismo o discriminación contra empleados, contratistas o usuarios de la entidad, así como con cualquier persona en el marco de los servicios que presta a la entidad. **21.** Custodiar y cuidar la documentación e información que, por razón de su relación contractual, cargo o función conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. **22.** Aplicar tanto la Ley de Archivo como la Ley de Habeas Data en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. **23.** Atender los requerimientos y/o recomendaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta el CONTRATANTE a través del SUPERVISOR, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. **24.** Presentar la cuenta de cobro y respectivos anexos para pago de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato. **25.** Presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 658 del 05 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020 y demás normas vigentes, cuando aplique. **26.** Colaborar en el suministro y respuesta de la información correspondiente, a los requerimientos efectuados por los organismos de control del Estado Colombiano en relación con la ejecución, desarrollo o implementación del contrato objeto del presente documento. **27.** El CONTRATISTA deberá garantizar que la información clasificada o reservada no sea revelada, divulgada, entregada, copiada desde su dispositivo y/o transmitida a nadie en forma oral, escrita, fotográfica, copia electrostática, óptica, magnética, visual o cualquier otro medio por desarrollarse o inventarse, salvo autorización escrita de la entidad. **28.** En el caso que la relación contractual suponga la necesidad de acceder a datos de carácter personal, el CONTRATISTA como encargado del tratamiento, queda obligado al cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales, Decreto 1377 de 2013 y cualquier otra norma que las complemente, sustituya, modifique o reemplace. De igual manera el CONTRATISTA deberá cumplir la Ley 1712 de 2014 de Transparencia y Acceso a la Información Pública y sus decretos reglamentarios. **29.** A la terminación del contrato, el CONTRATISTA está obligado a restituir a la Entidad toda la información entregada o generada para el desarrollo y cumplimiento de su objeto contractual. **30.** Según lo previsto en el artículo 183 de la Ley 23 de 1982, modificado por el artículo 30 de la Ley 1450 de 2011 y en la Decisión Andina 351 de 1993, los derechos patrimoniales sobre los productos, resultados, informes y documentos que surjan en el desarrollo del contrato pertenecen exclusivamente al Hospital, quien podrá utilizarlos indefinidamente, difundirlos y divulgarlos cuando lo estime necesario, sin contraprestación alguna a favor del CONTRATISTA. **31.** Realizar desplazamientos que se requieran, para el cumplimiento del objeto contractual, previa autorización del SUPERVISOR del contrato y presentar informe y legalización de los gastos de desplazamiento y transporte conforme al acto administrativo que regule la materia. **32.** Asistir y participar en las reuniones y capacitaciones



602 7332040



Kilómetro 2 entrada Simiti



simitisanantoniodepadua@gmail.com

www.esehospital-sanantoniodepadua-desimiti.gov.co

@hospital-sanantoniodepadua-desimiti



que programe e invite el hospital y que previamente sea acordado con gerencia, así como en la evaluación de las actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud y tener disponibilidad al llamado por parte del supervisor del contrato, cuando se requiera.

### 3.3 OBLIGACIONES DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA

1. Ejercer la Supervisión Administrativa, financiera y técnica, a través del funcionario de planta que designe el Gerente quien tendrá la facultad de inspeccionar en cualquier tiempo, el desarrollo del contrato, incluyendo las especificaciones técnicas, así como la calidad del servicio e igualmente velar por el estricto cumplimiento de su objeto y control de las obligaciones adquiridas a través de este. 2. Informar de manera oportuna sobre los lineamientos técnicos y administrativos a los que se deba sujetar el suministro objeto del presente contrato. 3. Cancelar el valor pactado en el contrato que se suscriba de conformidad a la forma de pago establecida y bajo la presentación y aprobación previa de los informes, actas y demás documentos que soporten el cumplimiento del objeto y de las obligaciones derivadas del mismo por parte del CONTRATISTA. 4. Exigir el cumplimiento de las obligaciones por parte del CONTRATISTA.

### 3.4 DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1. Conoce y acepta los Documentos del Proceso. 2. Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato. 3. El Contratista al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. 4. Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral. 5. El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato. 6. El Contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. 7. El Contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños.

### 3.5 AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN VÍA ELECTRONICA

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 56 del CPACA (Ley 1437-2011) los proponentes autorizaran a la ESE HSAP para realizar la notificación de actos administrativos vía electrónica. Para el efecto en la carta de presentación de las ofertas deberán indicar el correo electrónico en el cual se surtirán las notificaciones.

### 3.6 PLAZO

El plazo de ejecución del contrato será de DOS (02) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio.

### 3.7 LUGAR DE EJECUCIÓN

En las instalaciones de la Empresa Social del Estado San Antonio de Padua, ubicado en el kilómetro 2 vía Simití - Santa Rosa del Sur, departamento de Bolívar.

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

Según el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, en materia contractual las Empresas Sociales del Estado se rigen por el derecho privado, pero pueden discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública, sin desconocer que debe siempre aplicarse los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política y someterse al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto legalmente para la contratación estatal, además de la Resolución No. 5185 de 2013 y Resolución No. 1440 de 2024, por medio de la cual el Ministerio de Salud y de la Protección Social fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten es Estatuto de Contratación que rige su actividad contractual.

El numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1993 establece el régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado "En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública".

Ley 1150 de 2007, a través de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993, en su artículo 13° estableció los "Principios generales de la actividad contractual para entidades no sometidas al estatuto general de contratación de la Administración Pública", siendo esta la situación concreta aplicable a la ESE Hospital San Antonio de Padua, indicándole con toda claridad que dicha entidad pública en desarrollo de su actividad contractual debe dar aplicación a los Principios de la Función Administrativa y de la Gestión Fiscal establecidos en los artículo 209 y 267 de la Constitución Política y estará sometida al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto para la Contratación Estatal.

Que, en observancia de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y protección Social MSPS, a través de las Resoluciones 5185 de 2013 y 1440 de 2024, el máximo organismo rector de la entidad hospitalaria la junta directiva de la ESE. San Antonio de Padua, expide el Acuerdo No. 04 de 2024 "por la cual se expide estatuto contractual" y Acuerdo No. 05 de 2024 "por la cual se expide el nuevo manual de contratación y se deroga el Acuerdo No. 01 de 2021", consagra en el literal I numeral primero, Artículo Décimo Séptimo. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN SEGUN LA CUANTIA Y NATURALEZA, la entidad puede contratar bajo la modalidad de contratación directa para la Para la prestación de servicios profesionales, técnicos y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo puedan encomendarse a determinadas personas naturales, que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, siempre y cuando la entidad estatal



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



[simitisanantoniodepadua@gmail.com](mailto:simitisanantoniodepadua@gmail.com)

[www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co](http://www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co)

[@hospitalsanantoniodepadua.desimiti](http://@hospitalsanantoniodepadua.desimiti)





verifique la idoneidad o experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate. Para la contratación de prestación de servicios profesionales, técnicos y de apoyo a la gestión no será necesaria la solicitud de cotizaciones

Que, el contrato que surja del presente proceso de selección corresponde a un CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS el cual se encuentra regulado por el Acuerdo de Junta Directiva No. 04 del cinco (05) de noviembre de 2024, Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen y en materias no reguladas en dichas leyes, a las disposiciones civiles y comerciales

#### 4.1 NATURALEZA JURÍDICA DEL CONTRATO A CELEBRAR

El contrato a suscribir del presente proceso contractual PRESTACIÓN DE SERVICIOS

### 5. EL ANÁLISIS QUE SOPORTA EL VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO, INDICANDO LAS VARIABLES UTILIZADAS PARA CALCULAR EL PRESUPUESTO OFICIAL

#### 5.1. ANÁLISIS DEL MERCADO

Económicamente el valor del contrato está estimado a partir de los honorarios propuestos por la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua para la conformación y ejecución de los Equipos Básicos de Salud en zona urbana del municipio.

| PROPUESTA DE VALOS DE UN EQUIPO BÁSICO POR MES - ZONA URBANA |                                 |                           |                                       |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| RUBRO                                                        | CANTIDAD DE PERSONAS POR EQUIPO | VALOR UNITARIO POR PERFIL | VALOR DE UN (1) EQUIPO BÁSICO POR MES |
| Auxiliares enfermería (3 auxiliares)                         | 3                               | \$ 3.150.000,00           | \$ 9.450.000,00                       |
| Profesional de enfermería                                    | 1                               | \$ 6.400.000,00           | \$ 6.400.000,00                       |
| Médico                                                       | 1                               | \$ 8.550.000,00           | \$ 8.550.000,00                       |
| Profesional complementario                                   | 1                               | \$ 2.650.000,00           | \$ 2.650.000,00                       |
| Psicólogo / Trabajador social                                | 1                               | \$ 5.300.000,00           | \$ 5.300.000,00                       |
| Gestor comunitario                                           | 1                               | \$ 2.500.000,00           | \$ 2.500.000,00                       |
| TALENTO HUMANO                                               |                                 |                           | \$ 34.850.000,00                      |
| Transporte                                                   |                                 |                           | \$ 2.100.000,00                       |
| TOTAL COSTO DIRECTO                                          |                                 |                           | \$ 36.950.000,00                      |
| COSTOS INDIRECTOS                                            | 7%                              |                           | \$ 2.586.500,00                       |
| COSTOS DIRECTOS + COSTOS INDIRECTOS                          |                                 |                           | \$ 39.536.500,00                      |

El valor del presupuesto oficial para el presente proceso de contratación es el valor estimado en la suma de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE, todos los impuestos, tasas y contribuciones establecidos por las diferentes autoridades nacionales, departamentales o municipales y dentro de estos mismos niveles territoriales, los impuestos, tasas y contribuciones establecidos por las diferentes autoridades ambientales, que afecten el contrato y las actividades que de él se deriven, si a ello hubiere lugar, con excepción de los que estrictamente correspondan a la E.S.E. HSAP.

#### 5.2 PRESUPUESTO OFICIAL

El presupuesto oficial para el presente proceso de contratación es el valor estimado en la suma de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE

| PROCESO                             | VALOR MES COBERTURA MINIMA | VALOR MES PROCEDIMIENTOS POR EVENTOS | VALOR TOTAL DOS (02) MESES |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| AUXILIAR DE ENFERMERÍA EBS - URBANO | \$3.150.000,00             | CONSTANTE                            | \$6.300.000,00             |

El cual incluye todos los impuestos, tasas y contribuciones establecidos por las diferentes autoridades nacionales, departamentales o municipales, y dentro de estos mismos niveles territoriales, los impuestos, tasas y contribuciones establecidos por las diferentes autoridades ambientales, que afecten el contrato y las actividades que de él se deriven, si a ello hubiere lugar, con excepción de los que estrictamente correspondan a la E.S.E. HSAP.

Para efectos de la retención en la fuente por renta, la E.S.E. HSAP procederá de conformidad con la normatividad tributaria vigente, y en caso de que no haya lugar a ello, el proponente deberá indicar la norma que lo excluye o le otorga la exención.

La E.S.E. Hospital San Antonio de Padua, no reconocerá suma alguna por impuestos. En materia de impuestos no se aceptarán salvedades de naturaleza alguna.



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti



El eventual CONTRATISTA autorizará a la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua, para que, por conducto de su Tesorería, efectúe de los pagos a su favor las deducciones por concepto de los gravámenes legales a que hubiere lugar, teniendo en cuenta para la respectiva deducción, los parámetros que para tal efecto haya establecido la disposición que dio origen al gravamen.

### 5.3 RUBRO PRESUPUESTAL

El valor del presente contrato se pagará con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 353 de fecha dieciocho (18) de marzo de 2026, con cargo al Rubro Presupuestal **24502090602 – Remuneración de servicios técnicos asistenciales** –, para atender el gasto que demande la orden que se derive del presente proceso de contratación, por valor de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE, correspondiente al presupuesto de gastos de la vigencia 2026.

### 5.4 VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO

Para todos los efectos legales y fiscales el valor del presente contrato se fija en la suma de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE. El valor total del contrato se pagará al CONTRATISTA en mensualidades de TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS (\$3.150.000,00) M/CTE, incluidos todos los impuestos, tasas, contribuciones, costos directos e indirectos a que haya lugar. El primer pago, de conformidad con el **parágrafo sexto** y teniendo en cuenta los días en que efectivamente prestará sus servicios, será de UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS (\$1.365.000,00) M/CTE. Los pagos se efectuarán dentro de los quince (15) días calendario del periodo mensual subsiguiente a la efectiva prestación del servicio, previa prestación del servicio durante ese periodo de ejecución y cumplimiento de los requisitos para pago; así como la presentación del informe de ejecución contractual y certificación del supervisor, que contendrá todas las actividades desarrolladas por el CONTRATISTA dentro del periodo; comprobante de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y en el porcentaje establecido por el Gobierno Nacional. **Parágrafo primero:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, circunstancia que deberá ser verificada por el Supervisor del contrato como requisito para cada pago, de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **Parágrafo segundo:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. **Parágrafo tercero:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería de la E.S.E. a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo con la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **Parágrafo cuarto:** Para el pago final el CONTRATISTA deberá anexar Paz y Salvo con la E.S.E. y se deberá formalizar acta de liquidación debidamente firmada entre las partes, en ningún caso la sumatoria de los pagos podrá superar el valor total del contrato. **Parágrafo quinto:** El CONTRATISTA podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje para que se traslade fuera del municipio en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de gastos de desplazamiento se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable. **Parágrafo sexto:** Para los periodos que no correspondan a mensualidades completas, se cancelará la suma proporcional al valor mensual pactado por los días de servicio efectivamente prestados. Para el pago del contrato, los meses deben entenderse de treinta (30) días calendario.

## 6. CRITERIOS DE SELECCIÓN

### 6.1 CAPACIDAD JURÍDICA

El proponente deberá acreditar su idoneidad y capacidad para ejecutar el contrato en los términos y forma señalados en estos Estudios Previos, debiendo aportar los siguientes requisitos:

- HOJA DE VIDA DE SIGEPI**
- COPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD AL 150%**, de la persona natural o representante legal de la persona jurídica, personas naturales
- DIPLOMAS Y ACTA DE GRADO DE PREGRADO Y POSGRADO**, y homologación ICFES si los estudios los realizó en el exterior.
- TARJETA PROFESIONAL**
- CERTIFICADO DE CONSULTA DE REGISTRO ÚNICO NACIONAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD – RETHUS** –, El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.
- COPIA DE LIBRETA MILITAR Y/O CERTIFICADO DE SITUACIÓN MILITAR**, si el proponente es persona natural hombre menor de 50 años. En caso de pérdida deberá anexar certificación de la Dirección de Reclutamiento donde conste que la situación militar se encuentra definida.
- CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EXPEDIDO POR LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**, las personas naturales, representantes legales de personas jurídicas y las personas jurídicas no deben tener antecedentes disciplinarios que le inhabiliten o impidan contratar con entidades Estatales. El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.
- CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES EXPEDIDO POR LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA NACIÓN**, las personas naturales, representantes legales de personas jurídicas y las personas jurídicas no deben estar relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales. El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.
- CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES EXPEDIDO POR LA POLICÍA NACIONAL**, la propuesta será rechazada en el evento de que la persona natural o representante legal de la persona jurídica presente inhabilidad para contratar con el Estado, de acuerdo a lo previsto en el artículo 8º de la Ley 80 de 1993, 8 de la Ley 1150 de 2007 y Ley 1474 de 2011. El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepadua.desimiti





10. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE MEDIDAS CORRECTIVAS EXPEDIDO POR LA POLICÍA NACIONAL**, conforme a lo previsto en la Ley 1801 de 2016, Ley 962 de 2005 y Circular 005 de 2008 de la Contraloría General de la Nación. El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.
11. **CERTIFICADO DE REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**
12. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE DELITOS SEXUALES**
13. **RUT ACTUALIZADO**
14. **CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL Y/O CONTRACTUAL**, para lo cual el oferente deberá acreditar como mínimo la experiencia solicitada en la invitación, presentando Certificación Contractual o Laboral, o Acta de Liquidación Contractual.
15. **CERTIFICADO DE REALIZACIÓN DE CURSO DE INTEGRIDAD DAFP**
16. **CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS, FONDO DE PENSIÓN Y ARL (NIVEL 3) COMO COTIZANTE INDEPENDIENTE**, para el caso de contratistas (personas naturales) que hayan terminado contrato con la entidad durante los 30 días anteriores, podrá presentarse pago de la planilla de seguridad social del mes anterior a la fecha en que se presenta la propuesta. Para el caso de personas jurídicas el oferente deberá anexar a su propuesta una certificación en la cual acredite estar al día hasta la fecha en el pago de aportes realizados durante el término de vigencia de la persona jurídica y por lo menos durante los últimos seis (06) meses anteriores a la fecha de cierre del proceso de selección, a los sistemas de: Salud, Pensiones, Riesgos Laborales, Cajas de Compensación Familiar, ICBF y JSENA, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en la Ley 828 de 2003. La certificación debe ser emitida o suscrita por el Revisor Fiscal o Representante Legal de la Persona Jurídica. En caso de que la Persona Jurídica haya suscrito un acuerdo de pago con las entidades recaudadoras para la cancelación de este tipo de obligaciones, el respectivo Revisor Fiscal o Representante Legal de la Persona Jurídica deberá manifestar en la certificación que existe tal acuerdo y que la misma se encuentra al día en el pago de estas obligaciones. El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.
17. **CERTIFICADO DE CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
18. **CERTIFICADO DE CURSO BUENAS PRÁCTICAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
19. **CERTIFICADO DE CURSO ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
20. **CERTIFICADO DE CURSO BUENAS PRACTICAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
21. **CERTIFICADO DE CURSO HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
22. **CERTIFICADO DE CURSO ATENCIÓN A PERSONAL DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
23. **CERTIFICADO DE CURSO AEPI**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
24. **CERTIFICADO DE CURSO MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALEATIVO**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
25. **CERTIFICADO DE CURSO DENGUE Y DISCAPACIDAD**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
26. **CERTIFICADO DE CURSO EN GESTIÓN DEL DUELO**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
27. **CARNET DE VACUNAS CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
28. **CARNET DE VACUNA COVID19**
29. **AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS**
30. **CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**, el oferente deberá declarar bajo juramento que no se encuentra incurso en ninguna causal que le impida suscribir contratos con el Estado.
31. **EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL**, aplicando únicamente para oferentes que sean personas naturales, la fecha de realización del examen debe ser no mayor a 3 años a la fecha de presentación de la oferta.
32. **FORMULARIO SARLAF (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) ENTREGADO POR LA ENTIDAD, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO**
33. **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS**, Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, Ley 734 de 2002 y Ley 2003 de 2019.
34. **CERTIFICADO DE REGISTRO SIGEPII**
35. **CERTIFICACIÓN DE REGISTRO EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOPII**, donde se pueda observar usuario del oferente.
36. **CERTIFICACIÓN BANCARIA, DIRIGIDA AL HOSPITAL**, en la que se informe el número de cuenta bancaria y entidad crediticia, el certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.

## 6.2 INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El oferente no debe encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad o prohibiciones o conflicto de intereses que le impidan la presentación de propuesta y la suscripción de contratos o actos surgidos en virtud de este proceso de contratación, especialmente las consagradas en los artículos



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com

www.esehospital-sanantoniodepadua-desimiti.gov.co

@hospital-sanantoniodepadua-desimiti



8° y 9° de la Ley 80 de 1993, en el artículo 4° del Decreto 679 de 1994, artículo 40 de la ley 1952 de 2019 y en las demás disposiciones Constitucionales y Legales vigentes sobre la materia. Cuando la inhabilidad o incompatibilidad en un proponente sobrevenga dentro del proceso de selección o durante la ejecución del contrato, el proponente o interesado será retirado del proceso de selección o se dará por terminado el contrato.

La manifestación sobre ausencia de inhabilidades e incompatibilidades, se entenderá hecha con la sola presentación de la propuesta y ratificado con la certificación de inhabilidad e incompatibilidades. Igualmente, el oferente invitado a participar en el proceso deberá tener en cuenta el contenido del artículo 50.6 de la Ley 828 de 2003 "Sanciones Administrativas", en cuyo tercer inciso se establece: "El no pago de las multas aquí señaladas inhabilitará a la persona natural o jurídica para contratar con el Estado mientras persista la deuda, salvo que se trate de procesos concursales y existan acuerdos de pago según la Ley 550 de 1999". El proponente no debe estar relacionado en el Boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, a no ser que se acredite la cancelación de las obligaciones contraídas o la vigencia de un acuerdo de pago. El proponente debe efectuar la manifestación en tal sentido en la carta de presentación de la oferta. Las calidades y demás requisitos exigidos al oferente en este proceso de contratación deberán acreditarse mediante los documentos y certificados expedidos por la entidad y/o autoridad que fuere competente, conforme a la ley Colombiana.

#### **7. SOPORTE QUE PERMITA LA ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS RIESGOS PREVISIBLES QUE PUEDAN AFECTAR EL EQUILIBRIO ECONÓMICO DEL CONTRATO**

De conformidad con lo establecido en el artículo 4 de la ley 1150 de 2007, se debe discriminar y asignar los riesgos previsibles que puedan afectar el principio de equilibrio económico, por lo cual esta procede a tipificar y asignar los riesgos previsibles involucrados en el presente proceso contractual así:

De conformidad con el Manual de Contratación de la E.S.E. San Antonio de Padua, se realiza el presente análisis del riesgo para la CONTRATACIÓN DIRECTA cuyo objeto es la: "Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para la conformación y ejecución de Equipos Básicos de Salud focalizados en la cabecera municipal del municipio Simití, en el marco de la Resolución 1010 de 2025, para la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua", durante la vigencia 2026

Con el presente estudio se pretende contribuir a la reducción de controversias judiciales y extrajudiciales en contra de la ESE. San Antonio de Padua, y lograr, que las partes del contrato estatal puedan hacer las provisiones necesarias para mitigar los riesgos, por ello se hace necesarios, estimar, tipificar y cuantificar los riesgos previsibles involucrados en la contratación.

**LA ESTIMACIÓN** consiste en valorar la probabilidad de ocurrencia y el nivel de impacto de los riesgos que han sido tipificados y que teniendo en cuenta su materialización, requieren una valoración.

**ESTIMACION CUALITATIVA:** Es aquella que se realiza cuando se trabaja los riesgos para una estimación cualitativa mediante rangos que permitan al servidor público calificar los riesgos en una matriz, en diferentes niveles de probabilidad e impacto.

**LA PROBABILIDAD.** Es entendida como una medida de la creencia o conocimiento que se tienen acerca de la ocurrencia futura o pasada de un evento y generalmente se puede estimar como la frecuencia con la que se obtiene un resultado en un experimento aleatorio.

**IMPACTO O SEVERIDAD.** Es la medida de la magnitud de las consecuencias monetarias de un evento generador de riesgo sobre el objeto del contrato.

**ESTIMACION CUANTITATIVA.** Una vez realizada la evaluación cualitativa, incorporando los criterios evaluados en la etapa cualitativa y realizando una aproximación numérica de dichos criterios.

De igual manera debe darse aplicación al documento expedido por el CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONOMICA Y SOCIAL a través del documento COMPES 3714 de fecha primero (1) de diciembre de 2011, — DEL RIESGO PREVISIBLE EN EL MARCO DE LA POLÍTICA DE CONTRATACIÓN PÚBLICA" y se señalarán los riesgos de conformidad con lo señalado en el mismo así:

**Riesgos Económicos:** Son aquellos que se derivan del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros. Por ejemplo, es usual que en contratos que involucran la ejecución de actividades en cuya estructura se ha definido un marco cambiario, se identifiquen alteraciones por el comportamiento de la moneda o por circunstancias colaterales que imponen una incidencia crítica. Así mismo, en los contratos de suministro de bienes o prestación de servicios, donde no es posible llevar a cabo el objeto del contrato por desabastecimiento o especulación dentro del mercado propio de los insumos. Su inclusión dependerá de la posibilidad de previsión del mismo.

**Riesgos Sociales o Políticos:** son aquellos que se derivan por cambios de las políticas gubernamentales que sean probables y previsibles, tales como cambios en la situación política, sistema de gobierno y cambio en las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato. También suelen presentarse por fallas en la manera en que se relacionan entre sí, el Gobierno y la población, grupos de interés o la sociedad. Por ejemplo, los paros, huelgas, actos terroristas, etc. Para la determinación de su previsibilidad, la entidad podrá acudir a las autoridades competentes en la recopilación de datos estadísticos o fuentes oficiales (POLICIA NACIONAL, FUERZAS ARMADAS DE COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, etc.)



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com

www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co

@hospitalsanantoniodepaduadesimiti





**Riesgos Operacionales:** Son aquellos riesgos asociados a la operatividad del contrato. Entre estos encontramos: la posibilidad de que el monto de la inversión no sea el previsto para cumplir el objeto del contrato. También se presenta la extensión del plazo, cuando los contratos se realizan en tiempos distintos a los inicialmente programados por circunstancias no imputables a las partes. Adicionalmente, se presenta por la posibilidad de no obtención del objeto del contrato como consecuencia de la existencia de inadecuados procesos, procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos sin que los mismos sean imputables a las partes. Dichos riesgos hacen parte del riesgo operacional siempre y cuando no sean obligaciones de las partes y se materialicen durante la ejecución del contrato.

En general no son riesgos operacionales las especificaciones de materiales o servicios incorrectos, fallas en el embalaje, manipulación, transporte o descarga del bien suministrado, insuficiencia en los proveedores, pérdida o destrucción de los bienes a suministrar, daño, hurto o pérdida de materiales o equipos para la ejecución del contrato, obtención o renovación de licencias o permisos, entre otros. Para reducir la incidencia de este tipo de riesgos, es necesario contar durante la etapa de estructuración de los contratos con los estudios respectivos y adelantar actividades que permitan contar con un adecuado nivel de información sobre las especificaciones de los diferentes objetos contractuales, con el fin de fortalecer el análisis de costos, lo cual reduce los factores de riesgos que inciden sobre el contrato.

**Riesgos Financieros:** Este riesgo tiene dos componentes básicos: el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez, y el riesgo de las condiciones financieras. El primero se refiere a la dificultad de conseguir los recursos financieros, ya sea en el sector financiero o el mercado de capitales, para lograr el objetivo del contrato. El segundo hace referencia a los términos financieros de dichos recursos, entre estos encontramos plazos, tasas, garantías, contragarantías, refinanciamientos entre otros.

**Riesgos Regulatorios:** Son los posibles cambios regulatorios o reglamentarios que, siendo previsibles, afecten el equilibrio contractual. Por ejemplo, cambios en las tarifas, mercados regulados, cambios en los regímenes especiales (regalías, pensional), designación de zonas francas, planes de ordenamiento territorial, expedición de normas de carácter técnico o de calidad, entre otros.

**Riesgos de la Naturaleza:** Son los eventos causados por la naturaleza sin la intervención o voluntad del hombre, que, aunque pueden ser previsibles por su frecuencia o diagnóstico están fuera del control de las partes. Para la determinación de su existencia y/o previsibilidad, se podrá acudir a las autoridades públicas o entidades competentes en la recopilación de datos estadísticos o fuentes oficiales (INSTITUTO AGUSTIN CODAZZI, INGEOMINAS, IDEAM, etc) Para el ejercicio de tipificación, éstos se refieren a los hechos de la naturaleza que puedan tener un impacto sobre la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros, siempre y cuando los mismos puedan preverse.

**Riesgos Ambientales:** Se refiere a las obligaciones que emanan de las licencias ambientales, de los planes de manejo ambiental, de las condiciones ambientales o ecológicas exigidas y de la evolución de las tasas retributivas y de uso del agua. Por ejemplo, cuando durante la ejecución del contrato se configuren pasivos ambientales causados por mala gestión de la licencia ambiental y/o el plan de manejo ambiental o el costo de las obligaciones ambientales resulte superior al estimado no siendo imputables a las partes.

**Riesgos Tecnológicos:** Se refiere a eventuales fallos en las telecomunicaciones, suspensión de servicios públicos, advenimiento de nuevos desarrollos tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato así como la obsolescencia tecnológica. 9. Una vez hecha la clasificación por tipo de riesgo se recomienda hacer una definición concreta de cada uno de los riesgos que se incluyan, conforme al lenguaje común de los mismos.

#### **EN CUANTO A LA ASIGNACIÓN DE RIESGOS EL DOCUMENTO RECOMIENDA LA SIGUIENTE ASIGNACIÓN:**

**Riesgos Económicos:** Se recomienda que por regla general y bajo la premisa de contar con información suficiente y con las condiciones necesarias para llevar a cabo el objeto contractual, el riesgo se traslade al contratista en atención a su experticia en el manejo y posibilidad de administración efectiva de los riesgos económicos. Desde luego, ello no podrá hacerse en relación con riesgos que el mismo no pueda controlar, como condiciones macroeconómicas no previsibles, las cuales por ser imprevisibles escaparían de la órbita de aplicación del artículo 4 de la Ley 1150 de 2007.

**Riesgos Sociales o Políticos:** Se recomienda que por regla general el riesgo previsible de esta naturaleza lo asuma la entidad contratante que en atención a su condición, se presume que cuenta con un manejo y posibilidad de administración efectiva del mismo. De manera excepcional se puede trasladar el riesgo cuando por ejemplo, existan mecanismos de cobertura en el mercado.

**Riesgo Operacional:** Por regla general y bajo la premisa de contar con información suficiente, los riesgos operacionales se transfieren al contratista, en la medida en que cuenta con mayor experiencia y conocimiento de las variables que determinan el valor de la inversión y tendrá a su cargo las actividades propias del contrato. En aquellos contratos donde se presente un alto componente de complejidad técnica, las entidades estatales pueden considerar la posibilidad de utilizar como mecanismo de mitigación el Otorgamiento de garantías parciales para cubrir eventuales sobrecostos asociados a la complejidad identificada.

**Riesgos Financieros:** Se recomienda que el riesgo se traslade al contratista por regla general y bajo la premisa de contar con información suficiente. En atención a su experticia en la consecución y estructuración de los recursos necesarios, se presume que cuenta con un manejo y posibilidad de administración efectiva de los riesgos financieros.







Riesgos Regulatorios: Se recomienda que por regla general, el riesgo lo asuma la parte que cuenta con un manejo y posibilidad de administración efectiva de los riesgos regulatorios por su naturaleza y en virtud de las normas propias de cada regulación.

Riesgos de la naturaleza: Siempre y cuando existan formas de mitigación al alcance del contratista, los riesgos de la naturaleza deben ser trasladados al mismo.

Riesgo Ambiental: La asignación del riesgo ambiental depende de la especificidad de cada proceso, por ejemplo: - Cuando se cuente con licencia ambiental debidamente ejecutoriada y/o plan de manejo ambiental, antes del cierre de la licitación, el contratista asumirá los costos implícitos en el cumplimiento de las obligaciones definidas en dicha licencia y/o plan de manejo ambiental. - Cuando se cuente con licencia ambiental debidamente ejecutoriada antes del cierre de la licitación y ésta sea modificada por solicitud del contratista, él asumirá los costos que implique esta modificación. - El riesgo de que, durante la ejecución, la operación y el mantenimiento de las obras, se configuren pasivos ambientales causados por el incumplimiento o la mala gestión de la licencia ambiental y/o el plan de manejo ambiental será asumido por el contratista. - Cuando no se cuente con licencia ambiental debidamente ejecutoriada y/o plan de manejo ambiental, antes del cierre de la licitación, los costos por obligaciones ambientales se deberán estimar y prever en los contratos acorde con la naturaleza y magnitud del objeto contractual. En estos casos la entidad estatal podrá asumir el riesgo de que los costos por obligaciones ambientales resulten superiores a lo estimado. - Cuando por la naturaleza del proyecto no se requiera licencia ambiental, los costos para realizar un adecuado manejo ambiental se deben estimar y prever en los contratos acorde con la naturaleza y magnitud del proyecto. En estos casos, la entidad estatal podrá asumir el riesgo por los costos de las obligaciones adicionales resultantes de la exigencia de un plan de manejo posterior al cierre de la licitación, sólo cuando la exigencia no surja del mal manejo ambiental del proyecto.

Riesgo Tecnológico: Se recomienda que por regla general y bajo la premisa de contar con información suficiente, el riesgo se traslade al contratista que en atención a su experticia en el objeto contractual y los estándares tecnológicos, cuenta con un manejo y posibilidad de administración efectiva de los riesgos tecnológicos.

#### ANÁLISIS CUALITATIVO DE RIESGOS CON SU PROBABILIDAD E IMPACTO

| RIESGO                       | PROBABILIDAD | IMPACTO    | ASIGNACION  |
|------------------------------|--------------|------------|-------------|
| RIESGOS SOCIALES O POLÍTICOS | Media-Baja   | Media-baja | ESE. HSAP   |
| RIESGOS OPERACIONALES        | Media-Baja   | Media-baja | CONTRATISTA |
| RIESGOS FINANCIEROS          | Media-Baja   | Media-baja | CONTRATISTA |
| RIESGOS REGULATORIOS         | Media-Baja   | Media-baja | CONTRATISTA |
| RIESGO TECNOLÓGICO           | Media-Baja   | Media-baja | CONTRATISTA |

El concepto de riesgo en desarrollo del presente contrato se puede definir como la probabilidad de ocurrencia de eventos aleatorios que afecten el desarrollo de este, generando una variación sobre el resultado esperado conforme al objeto de contractual suscrito. Discriminación de los riesgos y control de estos: Ver Anexo Matriz De Riesgo

#### 8. EL ANÁLISIS QUE SUSTENTA LA EXIGENCIA DE GARANTÍAS DESTINADAS A AMPARAR LOS PERJUICIOS DE NATURALEZA CONTRACTUAL O EXTRA CONTRACTUAL, DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL OFRECIMIENTO O DEL CONTRATO SEGÚN EL CASO, ASÍ COMO LA PERTINENCIA DE LA DIVISIÓN DE AQUELLAS, DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN SOBRE EL PARTICULAR

En cumplimiento del artículo trigésimo octavo del Acuerdo Directivo 04 de 2025, "Por la cual se expide el nuevo Estatuto de Contratación", y artículo cuadragésimo cuarto del Acuerdo Directivo 05 de 2025, "Por la cual se expide el nuevo manual de contratación y se deroga el Acuerdo no. 01 de 2021", la E.S.E. San Antonio de Padua, ha analizado los riesgos previsible que pudieran afectar el desarrollo del contrato de conformidad con la *naturaleza, objeto y valor del contrato, a las obligaciones y condiciones financieras del contratista y a la forma de pago*, los cuales se asocian al cumplimiento del contrato y la calidad del servicio prestado, riesgos todos que deben ser asumidos por el contratista

En este sentido, Los amparos dependen de los riesgos que implican la ejecución del contrato objeto de este estudio, por lo cual consideramos lo siguiente:

| NOMBRE DEL AMPARO                             | SE REQUIERE | VALOR                                                                                        | VIGENCIA                                             |
|-----------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO | NO          | El valor del amparo deberá ser igual al cien (100%) por ciento del valor del anticipo        | Por el término del contrato y seis (06) meses más.   |
| PAGO ANTICIPADO                               | NO          | El valor del amparo deberá ser igual al cien (100%) por ciento del valor del pago anticipado | Por el término del contrato y cuatro (04) meses más. |
| CUMPLIMIENTO                                  | SI          | El valor del amparo deberá ser igual al veinte (20%) por ciento del valor del contrato.      | Por el término del contrato y seis (06) meses más.   |
| CALIDAD DEL SERVICIO                          | NO          | El valor del amparo deberá ser igual al veinte (20%) por ciento del valor del contrato.      | Por el término del contrato y seis (06) meses más.   |
| CALIDAD DE LOS BIENES                         | NO          | El valor del amparo deberá ser igual al quince (15%) por ciento del valor del contrato.      | Por el término del contrato y un (01) año más.       |





|                                                                     |    |                                                                                          |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | NO | El valor del amparo deberá ser igual al treinta (30%) por ciento del valor del contrato. | Por el término del contrato y tres (03) años más.        |
| ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA                                    | NO |                                                                                          | Cinco (05) años a partir de la suscripción del contrato. |
| GARANTÍA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL                    | NO | El valor del amparo deberá ser de QUINIENTOS (500) SMMLV.                                | Por el término del contrato y tres (06) meses más.       |
| GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL            | NO | El valor del amparo deberá ser de QUINIENTOS (500) SMMLV.                                | Por el término del contrato y tres (03) meses más.       |

**NOTA:** En el evento que la vigencia del contrato se prorrogue, el contratista se obliga a ampliar y prorrogar antes de su vencimiento la vigencia de la garantía única, de acuerdo con lo que se establezca en la modificación respectiva. El valor correspondiente a las modificaciones será por cuenta del contratista.

En cuanto a la posibilidad de incumplimiento del contratista por no prestar el servicio de la manera en que se contrata o por su ejecución incompleta, el riesgo se controla al establecer la cláusula de multas; así como por la modalidad de pago por mensualidades vencidas y sujetas a la cancelación de las mismas a la aprobación por parte del supervisor del contrato del informe mensual de actividades, sin que sea necesario exigir garantías, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.14.5 del decreto 1082 de 2015.

De igual forma, para asegurar los perjuicios que puedan derivarse del incumplimiento total se establece la cláusula penal equivalente al 15% del valor del contrato, la que se descontará de los valores que adeude el HOSPITAL al contratista, o en su defecto se cobrará por jurisdicción coactiva en los términos del artículo 17 de la Ley 1150 de 2007 y sus modificaciones.

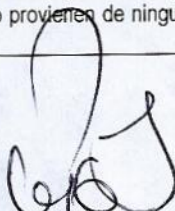
Se pactará la cláusula de indemnidad contra todo reclamo, demanda, acción legal y costos que puedan causarse o surgir por daños o lesiones a personas o bienes, ocasionados por el CONTRATISTA, durante la ejecución del objeto y obligaciones del contrato. En caso de que se formule reclamo, demandas o acción legales contra el HOSPITAL por asuntos que según el contrato sean de responsabilidad del CONTRATISTA, se le comunicará lo más pronto posible de ello para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la Ley para mantener indemne al HOSPITAL y en adelante los trámites para llegar a un arreglo del conflicto. Si en cualquiera de los eventos previstos en esta Cláusula el CONTRATISTA no asume debida y oportunamente la defensa del HOSPITAL, este podrá hacerlo directamente previa comunicación escrita al CONTRATISTA, quien pagará todos los gastos en que la entidad incurra por tal motivo. En caso de que así ni lo hiciera el CONTRATISTA, el HOSPITAL tendrá derecho a descontar el valor de tales erogaciones de cualquier suma que adeude al mismo por razón de los servicios motivo del contrato.

Conforme a todo lo anterior, y teniendo en cuenta el artículo 7 de la Ley 1150 de 2007, las garantías no serán obligatorias en los contratos cuyo valor sea inferior al 10% de la menor cuantía, disposición que ha sido desarrollada por el artículo 2.2.1.2.14.5 del decreto 1082 de 26 de Mayo de 2015, que establece que la exigencia de garantías establecidas en el mencionado decreto no es obligatoria en los contratos celebrados bajo la modalidad de contratación directa, tomando en consideración para el caso en concreto el valor de la contratación, la naturaleza del objeto del contrato, la forma de pago y el señalamiento de la Cláusulas de multas y Penal, el HOSPITAL considera que el CONTRATISTA no deberá constituir garantía alguna de las señaladas en el Decreto 1082 de 2015.

Se considera viable la realización de un contrato de PRESTACION DE SERVICIOS, para lo cual se deberá realizar el correspondiente proceso de contratación con una persona idónea y con experiencia en el objeto a ejecutar, sin desconocer las recomendaciones aquí consignadas.

#### 9. SARLAFT

El CONTRATISTA, debe diligenciar formulario, según corresponda persona natural o jurídica donde declara bajo la gravedad de juramento, que se entiende presentado con la firma del presente contrato, que cumple con las normas sobre prevención y control de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo que le resulten aplicables y que los ingresos o bienes del CONTRATISTA no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.



ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ  
P.U. JEFE DE TALENTO HUMANO Y PRESUPUESTO  
E.S.E. SAN ANTONIO DE PADUA



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepadua.esimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduaesimiti





**E.S.E. HOSPITAL**  
**SAN ANTONIO DE PADUA SIMITÍ**  
NIVEL DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

**ANEXO No. 1- ANÁLISIS DEL SECTOR ECONÓMICO Y DE LOS OFERENTES POR PARTE DE LA ESE. SAN ANTONIO DE PADUA UBICADA EN EL MUNICIPIO DE SIMITÍ BOLÍVAR PARA LA CONTRATACION DIRECTA.**

La E.S.E. Hospital San Antonio de Padua, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1082 de 2015, y las directrices dadas por la Agencia Nacional para la Contratación Estatal, procede a realizar el estudio del sector que sustenta desde el punto de vista de la eficiencia, eficacia y economía la vinculación mediante contrato de prestación de servicios y de apoyo a la gestión del personal natural y jurídico externo que requiere la entidad de apoyo a la ejecución de sus funciones, así como las relacionadas con actividades operativas, logísticas y asistenciales de estas.

En ese marco, la E.S.E. HSAP, requiere de un grupo de colaboradores externos (profesionales especializados, profesionales y auxiliares) que apoyen el funcionamiento en cumplimiento de los fines de los institutos prestadores de salud cuales son producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito y prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social del Estado, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer, en atención a sus fines para el año 2026, en razón a que, en la planta de personal de la entidad, no existe personal suficiente con el perfil requerido y ante el volumen de trabajo al interior de cada área de la entidad se hace necesario buscar colaboración externa.

Económicamente el valor del contrato para la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua, está estimado a partir de la propuesta presentada por la entidad a la Secretaría de Salud Departamental y el estudio realizado en los lineamientos para la organización y operación de los equipos básicos de salud conforme a la Resolución 1010 de 2025; donde se establece una propuesta de costos.

| PROPUESTA DE VALOS DE UN EQUIPO BÁSICO POR MES - ZONA URBANA |                                 |                           |                                       |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| RUBRO                                                        | CANTIDAD DE PERSONAS POR EQUIPO | VALOR UNITARIO POR PERFIL | VALOR DE UN (1) EQUIPO BÁSICO POR MES |
| <b>Auxiliares enfermería (3 auxiliares)</b>                  | <b>3</b>                        | <b>\$ 3.150.000,00</b>    | <b>\$ 9.450.000,00</b>                |
| Profesional de enfermería                                    | 1                               | \$ 6.400.000,00           | \$ 6.400.000,00                       |
| Médico                                                       | 1                               | \$ 8.550.000,00           | \$ 8.550.000,00                       |
| Profesional complementario                                   | 1                               | \$ 2.650.000,00           | \$ 2.650.000,00                       |
| Psicólogo / Trabajador social                                | 1                               | \$ 5.300.000,00           | \$ 5.300.000,00                       |
| Gestor comunitario                                           | 1                               | \$ 2.500.000,00           | \$ 2.500.000,00                       |
| <b>TALENTO HUMANO</b>                                        |                                 |                           | <b>\$ 34.850.000,00</b>               |
| Transporte                                                   |                                 |                           | \$ 2.100.000,00                       |
| <b>TOTAL COSTO DIRECTO</b>                                   |                                 |                           | <b>\$ 36.950.000,00</b>               |
| <b>COSTOS INDIRECTOS</b>                                     | <b>7%</b>                       |                           | <b>\$ 2.586.500,00</b>                |
| <b>COSTOS DIRECTOS + COSTOS INDIRECTOS</b>                   |                                 |                           | <b>\$ 39.536.500,00</b>               |

En este sentido la E.S.E. San Antonio de Padua, requiere para el desarrollo de su objeto y teniendo en cuenta el funcionamiento, los planes y proyectos a realizar durante la vigencia del 2026, satisfacer la necesidad de contratar mediante contrato de prestación de servicios a un auxiliar de enfermería que preste sus servicios de manera independiente y externa, por el término de **DOS (02) MESES**.

El valor del contrato es por la suma **SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE IVA INCLUIDO**.

Se hace constar que los valores estimados están acordes con los precios que en el mercado se pagan por asesorías especializadas y apoyos de personal técnico como la que demanda la entidad y que para ello se han consultado las tarifas de honorarios profesionales y técnicos fijadas para este tipo de servicios integrales por la ESE. San Antonio de Padua; de igual forma, conveniente es señalar que acudir a la valoración del apoyo legal en la modalidad "por servicio requerido", que implica pagos individuales por cada concepto, asistencia a reuniones, horas, encarecería el costo de la satisfacción de la necesidad y el costo administrativo de su atención, lo que hace más conveniente asumir de manera integral la contratación de los servicios y más cuando el objeto contractual exige que se desplace al sector rural.

**ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ**  
**P.U. JEFE DE TALENTO HUMANO Y PRESUPUESTO**  
**E.S.E. SAN ANTONIO DE PADUA**



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simiti



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti





**ANEXO N°2**  
**ANÁLISIS DE RIESGOS Y FORMA DE MITIGARLOS**

De acuerdo con lo previsto en el artículo 4° de la Ley 1150 de 2007, el artículo 2.2.1.1.1.6.3 del Decreto 1082 de 2015, los lineamientos del manual de riesgos expedido por Colombia Compra Eficiente y el CONPES 3714 de 2011, esta entidad ha definido como riesgos dentro de la ejecución del presente proceso de contratación los siguientes riesgos:

| N° | Clase          | Fuente      | Ejemplo       | Tipo                 | RIESGO                                                                                                                                                                                 | CONSECUENCIA<br>(de la<br>ocurrencia del<br>evento)                                                                                                                  | Probabilidad | Impacto | Valoración del Riesgo | Categoría   | A Quien se le Asigna  | TRATAMIENTO /<br>CONTROLES                                                                                                                                                                                       | Impacto Después del Tratamiento |         |                          |              | ¿Afecta la Ejecución<br>del Contrato? | Fecha Estimada en que<br>se Inicia el Tratamiento                          | Fecha Estimada en que<br>se Completa el<br>Tratamiento | Monitoreo y Revisión                                    |                                                                                       |                      |
|----|----------------|-------------|---------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|-----------------------|-------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------|--------------------------|--------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|    |                |             |               |                      |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |              |         |                       |             |                       |                                                                                                                                                                                                                  | Probabilidad                    | Impacto | Valoración del<br>Riesgo | Categoría    |                                       |                                                                            |                                                        | Persona<br>Responsable<br>por Implementar<br>el Control | ¿Cómo se hará<br>el Monitoreo?                                                        | Periodicidad         |
| 1  | General        | Externo     | Ejecución     | Operacional          | Incapacidad del contratista para ejecutar el contrato por enfermedad, accidente de trabajo o maternidad                                                                                | Retraso, limitaciones o incapacidad para la ejecución de las obligaciones contractuales.                                                                             | 1            | 3       | 4                     | Riesgo Bajo | Contratista           | Notificación de la situación de salud o embarazo de manera oportuna a la entidad. Revisión del contrato, llegar a acuerdo de manera conjunta con el contratista e implementación de contingencia o modificación. | 1                               | 1       | 2                        | Riesgo Bajo  | NO                                    | Fecha a partir de la cual se notifica el evento por parte del contratista. | Hasta terminación del contrato                         | Supervisor del Contrato                                 | Comunicación periódica con el contratista.                                            | Semanalmente         |
| 2  | Específico     | Externo     | Ejecución     | Económico            | El contratista divulga información accidental o premiadamente confidencial a la que tenga acceso con ocasión de la ejecución del contrato                                              | Utilización de información confidencial en favor o en perjuicio de contribuyentes (s), a la que tenga acceso el contratista con ocasión de la ejecución del contrato | 1            | 1       | 2                     | Riesgo Bajo | Contratista           | Cláusula de confidencialidad, obligación ética y legal, compromiso contractual y supresión.                                                                                                                      | 1                               | 1       | 2                        | Riesgo Bajo  | SI                                    | Fecha de inicio del contrato                                               | Hasta terminación del contrato                         | Supervisor del Contrato                                 | Actas de revisión, quijes, auditoría interna                                          | Mensual              |
| 3  | Específico     | Externo     | Ejecución     | De la Naturaleza     | Eventos de la naturaleza (sin que haya intervención humana) o evento de fuerza mayor o caso fortuito que tengan impacto en el cumplimiento del objeto y las obligaciones contractuales | Imposibilidad o retraso en la ejecución total del contrato                                                                                                           | 3            | 4       | 7                     | Riesgo Alto | Entidad - Contratista | Revisión de las condiciones y especificaciones contractuales e implementación de acciones que mitiguen los impactos                                                                                              | 3                               | 2       | 5                        | Riesgo Medio | SI                                    | Una vez se configure el evento                                             | Hasta superarse la situación o evento                  | Supervisor del Contrato                                 | Verificación y control en la implementación de Planes de Contingencia                 | Cuando sea necesario |
| 4  | Específico     | Externo     | Ejecución     | Operacional          | Fallas en la prestación del servicio por causas atribuibles al contratista.                                                                                                            | Incumplimiento de los términos y obligaciones contractuales.                                                                                                         | 1            | 2       | 3                     | Riesgo Bajo | Contratista           | Seguimiento del contrato según cláusula de obligaciones y responsabilidades del contratista.                                                                                                                     | 1                               | 2       | 3                        | Riesgo Bajo  | SI                                    | Una vez se configure el evento                                             | Hasta superarse la situación o evento                  | Supervisor del Contrato                                 | Mediante el seguimiento permanente al cumplimiento de las obligaciones contractuales. | Cuando sea necesario |
| 5  | General        | Externo     | Ejecución     | Sociales o Políticas | Eventos de orden público por actos terroristas, disturbios violentos, problemas de seguridad que impidan la ejecución del objeto contractual y la prestación del servicio contratado.  | Dificultad o imposibilidad para garantizar la prestación del servicio                                                                                                | 2            | 4       | 6                     | Riesgo Alto | Entidad - Contratista | Revisión de las condiciones y especificaciones contractuales e implementación de planes de contingencia                                                                                                          | 1                               | 2       | 3                        | Riesgo Bajo  | SI                                    | Una vez se configure el evento                                             | Hasta superarse la situación o evento                  | Supervisor del Contrato y Contratista                   | Verificación y control de la implementación del plan de contingencia                  | Cuando sea necesario |
| 6  | General        | Interno     | Planificación | Regulatorio          | Cambio en la normalidad aplicable al presente proceso de contratación, desde el punto de vista técnico                                                                                 | Arrojo en la ejecución del contrato y cambios en el servicio contratado                                                                                              | 2            | 2       | 4                     | Riesgo Bajo | Entidad - Contratista | Revisión y seguimiento constante a la normalidad                                                                                                                                                                 | 1                               | 1       | 2                        | Riesgo Bajo  | NO                                    | Fecha de inicio del contrato                                               | Hasta terminación del contrato                         | Supervisor del Contrato                                 | Actas de reunión, requerimientos, actas de comité y oficios                           | Semanal              |
| 7  | General        | Interno     | Planificación | Regulatorio          | Cambio en la normalidad aplicable al presente proceso de contratación, desde el punto de vista técnico                                                                                 | Arrojo en la ejecución del contrato y cambios en el servicio contratado                                                                                              | 2            | 2       | 4                     | Riesgo Bajo | Entidad - Contratista | Revisión y seguimiento constante a la normalidad                                                                                                                                                                 | 1                               | 1       | 2                        | Riesgo Bajo  | NO                                    | Fecha de inicio del contrato                                               | Hasta terminación del contrato                         | Supervisor del Contrato                                 | Actas de reunión, requerimientos, actas de comité y oficios                           | Semanal              |
| 8  | Riesgo Extremo | Contratista | Ejecución     | Operacional          | Propender por la prestación del servicio de manera temporal mediante otras figuras jurídicas de modo tal que se vea lo menos afectado al servicio a                                    |                                                                                                                                                                      |              |         |                       |             |                       |                                                                                                                                                                                                                  |                                 |         |                          |              | SI                                    | Una vez se evidencie la configuración del riesgo                           | Hasta tanto se haya superado el riesgo                 | Ordenador del gasto                                     | Requerimiento al contratista para la presentación de documentos requeridos            | Diario               |







Simití – Bolívar, dieciocho (18) de marzo de 2026

Señora  
**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**  
[lorenacholo24@gmail.com](mailto:lorenacholo24@gmail.com)  
La ciudad

**Asunto:** Invitación a ofertar servicios.

Respetada señora,

La E.S.E. San Antonio de Padua, está interesado en recibir propuesta para la contratación de sus servicios con fundamento en los siguientes términos:

**1. PERFIL:** AUXILIAR DE ENFERMERÍA

**2. OBJETO:** Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para la conformación y ejecución de Equipos Básicos de Salud focalizados en la cabecera municipal del municipio Simití, en el marco de la Resolución 1010 de 2025, para la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua

**3. LUGAR DE EJECUCIÓN:** En las instalaciones de la Empresa Social del Estado San Antonio de Padua, ubicado en el kilómetro 2 vía Simití - Santa Rosa del Sur, departamento de Bolívar.

**4. TÉRMINO DE EJECUCIÓN:** El plazo definido para la ejecución del contrato es de DOS (02) MESES, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución Ley 80 art. 41 y Decreto 111/96, y suscripción del acta de inicio.

**5. VALOR Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales y fiscales el valor del presente contrato se fija en la suma de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE. El valor total del contrato se pagará al CONTRATISTA en mensualidades de TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS (\$3.150.000,00) M/CTE, incluidos todos los impuestos, tasas, contribuciones, costos directos e indirectos a que haya lugar. El primer pago, de conformidad con el parágrafo sexto y teniendo en cuenta los días en que efectivamente prestará sus servicios, será de UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS (\$1.365.000,00) M/CTE. Los pagos se efectuarán dentro de los quince (15) días calendario del periodo mensual subsiguiente a la efectiva prestación del servicio, previa prestación del servicio durante ese periodo de ejecución y cumplimiento de los requisitos para pago; así como la presentación del informe de ejecución contractual y certificación del supervisor, que contendrá todas las actividades desarrolladas por el CONTRATISTA dentro del periodo; comprobante de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y en el porcentaje establecido por el Gobierno Nacional. **Parágrafo primero:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, circunstancia que deberá ser verificada por el Supervisor del contrato como requisito para cada pago, de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **Parágrafo segundo:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. **Parágrafo tercero:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería de la E.S.E. a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo con la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **Parágrafo cuarto:** Para el pago final el CONTRATISTA deberá anexar Paz y Salvo con la E.S.E. y se deberá formalizar acta de liquidación debidamente firmada entre las partes, en ningún caso la sumatoria de los pagos podrá superar el valor total del contrato. **Parágrafo quinto:** El CONTRATISTA podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje para que se traslade fuera del municipio en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de gastos de desplazamiento se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable. **Parágrafo sexto.** Para los periodos que no correspondan a mensualidades completas, se cancelará la suma proporcional al valor mensual pactado por los días de servicio efectivamente prestados. Para el pago del contrato, los meses deben entenderse de treinta (30) días calendario.



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



[simitisanantoniodepadua@gmail.com](mailto:simitisanantoniodepadua@gmail.com)  
[www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co](http://www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co)  
[@hospitalsanantoniodepaduadesimiti](https://www.instagram.com/hospitalsanantoniodepaduadesimiti)



**7.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** En desarrollo del objeto, EL CONTRATISTA se obliga a ejecutar las siguientes actividades:

**Específicas:** 1. Realizar atenciones Individuales y otras atenciones en salud en el marco de las Redes Integradas de Servicios salud como: Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones en salud / Información en salud / Atención para promoción y apoyo a la lactancia materna / Educación para la salud / Toma de muestras de laboratorio / Vacunación. 2. Efectuar la notificación de Eventos de Interés en Salud Pública identificados en el territorio, efectuando la detección, recolección y comunicación de los datos necesarios para que la E.S.E. analice, entienda y active la respuesta ante las situaciones de los eventos en salud pública identificados en los territorios. 3. Realizar la afiliación de oficio a la población que se encuentre sin aseguramiento, realizando el proceso de registro en el Sistema de Afiliación Transaccional SAT. 4. Realizar acciones educativas sobre aspectos básicos de salud y promoción del medio ambiente. 5. Participar en las actividades que programe la E.S.E. para el fortalecimiento de capacidades de los EBS. 6. Participar en los espacios o mecanismos efectivos que se brinden para que los EBS faciliten la respuesta de otros sectores o actores a las personas en los microterritorios. 7. Efectuar el diseño, concertación, implementación y seguimiento del Plan de Cuidado Primario para cada una de las familias intervenidas aplicando las siguientes fases: a). Identificación de capacidades y condiciones de salud (Familia / Integrantes de la Familia/ Entornos). b). Concertación. (Identificación conjunta de prácticas de cuidado y prioritarias / Definición y alcance de logros). c). Implementación. (Atenciones Acciones de Gestión). d). Seguimiento. (Logros y acuerdos con la familia / Atenciones / Acciones de Gestión / Novedades). 8. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contrato con las comunidades de cada microterritorio. 9. Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través medios y herramientas comunicativas. 10. Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio, en las casas y/o grupos familiares que no han sido caracterizadas anteriormente. 11. Concurrir con la identificación las prioridades de respuesta individual, familiar comunitario por edad, Sexo- género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio Asignado. 12. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos ocasionen un alto impacto en salud pública. 13. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. 14. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. 15. Concurrir con la canalización a la oferta en servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades Sociales de salud identificadas. 16. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por otros sectores. 17. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el ministerio de salud y protección social para tal fin. 18. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas - barrios y microterritorios abordados por el equipo. 19. Apoyar procesos de consolidación de la información según lineamientos de MSPS para los EBS así como la rendición de los informes requeridos. 20. Garantizar la asistencia a los procesos de capacitación a que se convocado para la cabal ejecución del proyecto. 21. Utilizar en debida forma los elementos de protección personal para el desarrollo de las actividades. 22. Custodiar, cuidar y responder por el buen estado de los equipos, elementos, dotación, herramientas y suministros que le sean puestos a disposición para el desarrollo de las actividades. 23. Cumplir con las obligaciones de afiliación y pago del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 24. Presentar los informes de actividades correspondientes previo a los pagos respectivos. 25. Cumplir con las actividades propias del objeto contractual de acuerdo con el estudio previo y con la propuesta. 26. Acatar las instrucciones que para el desarrollo del contrato le imparta la E.S.E. por conducto de la supervisión. 27. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley, con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho. 28. Las demás que sean requeridas por la entidad y que se relacionen con el objeto contractual. **Generales:** 1. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución contractual, evitando dilaciones y entorpecimientos que afecten el debido desarrollo del contrato. 2. Cumplir con el objeto del contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad, por tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral ninguno entre el contratista y la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua. 3. Llevar registros, archivos y controles, que se requieran para la información oportuna y confiable respecto de los asuntos a su cargo. 4. Informa con la debida oportunidad al SUPERVISOR de cualquier circunstancia que afecte la debida ejecución del contrato. 5. Prestar a entera satisfacción del CONTRATANTE el servicio contratado. 6. Cumplir con las actividades y metas establecidas en el contrato, cifiéndose a la naturaleza del contrato, la necesidad de la entidad y los principios de celeridad, transparencia, responsabilidad, eficacia y objetividad entre otros. 7. Responder por los elementos, bienes, información, etc. que se pongan a su disposición para la ejecución del presente contrato, propendiendo, en todo caso, por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios profesionales de manera independiente y autónoma. 8. Acreditar afiliación a salud y pensión, según lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 797 del 2003 y Decreto 510 del 2003, Ley 1753 de 2015 Artículo 135. 9. Dar estricto cumplimiento a las normas de orden laboral y prestacional. 10. Otorgar las pólizas dentro de los términos que solicite la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua. 11. Aceptar la supervisión por parte de la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua. 12. No acceder a amenazas o peticiones de quienes actúen por fuera de la Ley, con el fin de obligarlo hacer u omitir algún acto o hecho, debiendo informar inmediatamente a la Entidad y demás autoridades competentes cuando se presenten este tipo de situaciones. 13. Presentar al SUPERVISOR el último día hábil de cada mes un informe mensual de actividades de su gestión y del servicio prestado como requisito de pago, así como un informe de la totalidad de las actividades ejecutadas y la finalización de la ejecución del contrato y



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simiti



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospital-sanantoniodepadua-desimiti.gov.co  
@hospital-sanantoniodepadua-desimiti





los demás informes que le sean asignados. 14. El Contratista debe dar cumplimiento obligatorio a los procesos y procedimientos establecidos por la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua, para la evaluación y control de las políticas establecidas por la entidad, garantizando de esta manera la calidad de la atención a los usuarios, tendientes a la acreditación de la institución. 15. El contratista deberá dar cumplimiento al anexo de confidencialidad para el manejo de la información de la E.S.E. HSAP. 16. El contratista se obliga a utilizar los elementos de Protección Personal (EPP), si es el caso y se responsabiliza de su adecuado uso. 17. El contratista deberá estar inscrito en el Sistema de Información del Empleo público – SIGEP, y en la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOPII, previo a la firma del contrato. 18. Tener conocimiento del código de integridad de la E.S.E. HSAP que será comunicado por Recursos Humanos. 19. Cumplir con el objeto de este contrato en defensa de los intereses económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes con la debida diligencia, oportunidad y confidencialidad. 20. No ejercer ninguna forma de violencia contra las mujeres, ni basadas en género, ni actos de racismo o discriminación contra empleados, contratistas o usuarios de la entidad, así como con cualquier persona en el marco de los servicios que presta a la entidad. 21. Custodiar y cuidar la documentación e información que, por razón de su relación contractual, cargo o función conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. 22. Aplicar tanto la Ley de Archivo como la Ley de Habeas Data en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. 23. Atender los requerimientos y/o recomendaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta el CONTRATANTE a través del SUPERVISOR, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. 24. Presentar la cuenta de cobro y respectivos anexos para pago de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato. 25. Presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 658 del 05 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020 y demás normas vigentes, cuando aplique. 26. Colaborar en el suministro y respuesta de la información correspondiente, a los requerimientos efectuados por los organismos de control del Estado Colombiano en relación con la ejecución, desarrollo o implementación del contrato objeto del presente documento. 27. El CONTRATISTA deberá garantizar que la información clasificada o reservada no sea revelada, divulgada, entregada, copiada desde su dispositivo y/o transmitida a nadie en forma oral, escrita, fotográfica, copia electrostática, óptica, magnética, visual o cualquier otro medio por desarrollarse o inventarse, salvo autorización escrita de la entidad. 28. En el caso que la relación contractual suponga la necesidad de acceder a datos de carácter personal, el CONTRATISTA como encargado del tratamiento, queda obligado al cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales, Decreto 1377 de 2013 y cualquier otra norma que las complemente, sustituya, modifique o reemplace. De igual manera el CONTRATISTA deberá cumplir la Ley 1712 de 2014 de Transparencia y Acceso a la Información Pública y sus decretos reglamentarios. 29. A la terminación del contrato, el CONTRATISTA está obligado a restituir a la Entidad toda la información entregada o generada para el desarrollo y cumplimiento de su objeto contractual. 30. Según lo previsto en el artículo 183 de la Ley 23 de 1982, modificado por el artículo 30 de la Ley 1450 de 2011 y en la Decisión Andina 351 de 1993, los derechos patrimoniales sobre los productos, resultados, informes y documentos que surjan en el desarrollo del contrato pertenecen exclusivamente al Hospital, quien podrá utilizarlos indefinidamente, difundirlos y divulgarlos cuando lo estime necesario, sin contraprestación alguna a favor del CONTRATISTA. 31. Realizar desplazamientos que se requieran, para el cumplimiento del objeto contractual, previa autorización del SUPERVISOR del contrato y presentar informe y legalización de los gastos de desplazamiento y transporte conforme al acto administrativo que regule la materia. 32. Asistir y participar en las reuniones y capacitaciones que programe e invite el hospital y que previamente sea acordado con gerencia, así como en la evaluación de las actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud y tener disponibilidad al llamado por parte del supervisor del contrato, cuando se requiera.

#### 8. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR:

El proponente deberá acreditar su idoneidad y capacidad para ejecutar el contrato en los términos y forma señalados en estos Estudios Previos, debiendo aportar los siguientes requisitos:

1. **HOJA DE VIDA DE SIGEPII**
2. **COPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD AL 150%**, de la persona natural o representante legal de la persona jurídica, personas naturales
3. **DIPLOMAS Y ACTA DE GRADO DE PREGRADO Y POSGRADO**, y homologación ICFES si los estudios los realizó en el exterior.
4. **TARJETA PROFESIONAL**
5. **CERTIFICADO DE CONSULTA DE REGISTRO ÚNICO NACIONAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD – RETHUS –**, El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.
6. **COPIA DE LIBRETA MILITAR Y/O CERTIFICADO DE SITUACIÓN MILITAR**, si el proponente es persona natural hombre menor de 50 años. En caso de pérdida deberá anexar certificación de la Dirección de Reclutamiento donde conste que la situación militar se encuentra definida.



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



[simitisanantoniodepadua@gmail.com](mailto:simitisanantoniodepadua@gmail.com)

[www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co](http://www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co)

[@hospitalsanantoniodepadua.desimiti](http://@hospitalsanantoniodepadua.desimiti)





7. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EXPEDIDO POR LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**, las personas naturales, representantes legales de personas jurídicas y las personas jurídicas no deben tener antecedentes disciplinarios que le inhabiliten o impidan contratar con entidades Estatales. El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.
8. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES EXPEDIDO POR LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA NACIÓN**, las personas naturales, representantes legales de personas jurídicas y las personas jurídicas no deben estar relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales. El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.
9. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES EXPEDIDO POR LA POLICÍA NACIONAL**, la propuesta será rechazada en el evento de que la persona natural o representante legal de la persona jurídica presente inhabilidad para contratar con el Estado, de acuerdo a lo previsto en el artículo 8° de la Ley 80 de 1993, 8 de la Ley 1150 de 2007 y Ley 1474 de 2011. El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.
10. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE MEDIDAS CORRECTIVAS EXPEDIDO POR LA POLICÍA NACIONAL**, conforme a lo previsto en la Ley 1801 de 2016, Ley 962 de 2005 y Circular 005 de 2008 de la Contraloría General de la Nación. El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.
11. **CERTIFICADO DE REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**
12. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE DELITOS SEXUALES**
13. **RUT ACTUALIZADO**
14. **CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL Y/O CONTRACTUAL**, para lo cual el oferente deberá acreditar como mínimo la experiencia solicitada en la invitación, presentando Certificación Contractual o Laboral, o Acta de Liquidación Contractual.
15. **CERTIFICADO DE REALIZACIÓN DE CURSO DE INTEGRIDAD DAFF**
16. **CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS, FONDO DE PENSIÓN Y ARL (NIVEL 3) COMO COTIZANTE INDEPENDIENTE**, para el caso de contratistas (personas naturales) que hayan terminado contrato con la entidad durante los 30 días anteriores, podrá presentarse pago de la planilla de seguridad social del mes anterior a la fecha en que se presenta la propuesta. Para el caso de personas jurídicas el oferente deberá anexar a su propuesta una certificación en la cual acredite estar al día hasta la fecha en el pago de aportes realizados durante el término de vigencia de la persona jurídica y por lo menos durante los últimos seis (06) meses anteriores a la fecha de cierre del proceso de selección, a los sistemas de: Salud, Pensiones, Riesgos Laborales, Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en la Ley 828 de 2003. La certificación debe ser emitida o suscrita por el Revisor Fiscal o Representante Legal de la Persona Jurídica. En caso de que la Persona Jurídica haya suscrito un acuerdo de pago con las entidades recaudadoras para la cancelación de este tipo de obligaciones, el respectivo Revisor Fiscal o Representante Legal de la Persona Jurídica deberá manifestar en la certificación que existe tal acuerdo y que la misma se encuentra al día en el pago de estas obligaciones. El certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.
17. **CERTIFICADO DE CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
18. **CERTIFICADO DE CURSO BUENAS PRÁCTICAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
19. **CERTIFICADO DE CURSO ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
20. **CERTIFICADO DE CURSO BUENAS PRACTICAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
21. **CERTIFICADO DE CURSO HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
22. **CERTIFICADO DE CURSO ATENCIÓN A PERSONAL DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
23. **CERTIFICADO DE CURSO AEPI**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
24. **CERTIFICADO DE CURSO MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALEATIVO**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
25. **CERTIFICADO DE CURSO DENGUE Y DISCAPACIDAD**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
26. **CERTIFICADO DE CURSO EN GESTIÓN DEL DUELO**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
27. **CARNET DE VACUNAS CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN**, vigente a la fecha de presentación de la oferta, con una fecha de expedición no mayor a 18 meses.
28. **CARNET DE VACUNA COVID19**
29. **AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS**



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti



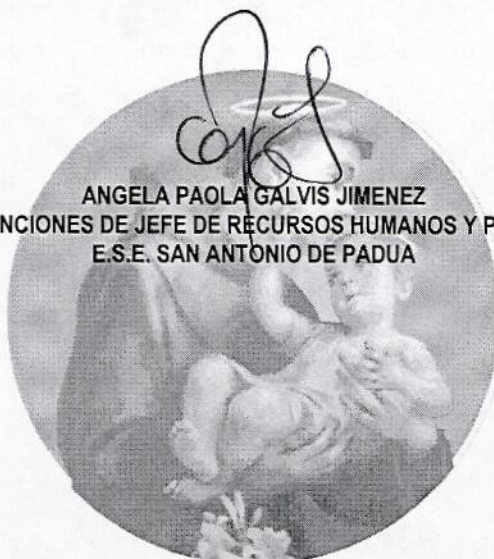


**E.S.E. HOSPITAL**  
**SAN ANTONIO DE PADUA SIMITÍ**  
NIVEL DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

30. **CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**, el oferente deberá declarar bajo juramento que no se encuentra incurso en ninguna causal que le impida suscribir contratos con el Estado.
31. **EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL**, aplicando únicamente para oferentes que sean personas naturales, la fecha de realización del examen debe ser no mayor a 3 años a la fecha de presentación de la oferta.
32. **FORMULARIO SARLAF (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) ENTREGADO POR LA ENTIDAD, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO**
33. **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS**, Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, Ley 734 de 2002 y Ley 2003 de 2019.
34. **CERTIFICADO DE REGISTRO SIGEPII**
35. **CERTIFICACIÓN DE REGISTRO EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOPII**, donde se pueda observar usuario del oferente.
36. **CERTIFICACIÓN BANCARIA, DIRIGIDA AL HOSPITAL**, en la que se informe el número de cuenta bancaria y entidad crediticia, el certificado debe haber sido expedido con una anterioridad no mayor a 30 días calendario de la presentación de la oferta al Hospital.

La oferta y sus anexos deberá ser presentada en la E.S.E. San Antonio de Padua, oficina de talento humano, dentro de los CINCO (5) días hábiles siguientes al recibo de la presente invitación, en el horario de 8:00 a.m. – 12:00 M. y 2:00 p.m. – 6:00 pm.

Cordialmente,



ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ  
P.U. CON FUNCIONES DE JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y PRESUPUESTO  
E.S.E. SAN ANTONIO DE PADUA



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti





**E.S.E. HOSPITAL**  
SAN ANTONIO DE PADUA SIMITÍ  
NIVEL DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE JEFE DE RECURSO HUMANO DE LA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN ANTONIO DE PADUA  
Nit. 900.366.966-6

**HACE CONSTAR:**

Que, con el fin de contar con un AUXILIAR DE ENFERMERÍA que, por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa preste sus servicios con el siguiente objeto contractual: *"Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para la conformación y ejecución de Equipos Básicos de Salud focalizados en la cabecera municipal del municipio Simití, en el marco de la Resolución 1010 de 2025, para la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua"*, la Jefe de Talento Humano y Presupuesto procede a realizar el análisis de la idoneidad y experiencia.

Por ello, se procede a verificar la hoja de vida de **LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía Nro. 1.148.685.588 de Simití – Bolívar, certificando que cuenta con los estudios, conocimientos e idoneidad que se requieren para el cumplimiento cabal del objeto del contrato a celebrar, que corresponde a un Contrato de Prestación de Servicios; así como de las obligaciones que de él se derivan, tal como se consagró en el estudio previo para la suscripción de Contrato de Prestación de Servicios, lo cual ha sido verificado así:

- Persona
- Título obtenido
- RETHUS

Natural  
AUXILIAR DE ENFERMERIA  
1148685588

La presente certificación se expide en Simití – Bolívar, a los dieciocho (18) días del mes de marzo de 2026.

**ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ**  
P.U. CON FUNCIONES DE JEFE DE TALENTO HUMANO  
E.S.E. SAN ANTONIO DE PADUA



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CPS No. 267-2026 SUSCRITO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA Y LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO DE CONTRATO    | Contrato de Prestación de Servicios                                                                                                                                                                                                                                                                |
| NUMERO DE CONTRATO  | 267-2026                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| TIEMPO DE EJECUCIÓN | DOS (02) MESES                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| OBJETO              | Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para la conformación y ejecución de Equipos Básicos de Salud focalizados en la cabecera municipal del municipio Simití, en el marco de la Resolución 1010 de 2025, para la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua |
| MODALIDAD           | Contratación Directa                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| CONTRATANTE         | <b>E.S.E. SAN ANTONIO DE PADUA</b><br>NIT. 900.196.366-6                                                                                                                                                                                                                                           |
| CONTRATISTA         | <b>LISETH LORENA CHOLO FLOREZ</b><br>CC. No. 1.148.685.588                                                                                                                                                                                                                                         |
| VALOR DEL CONTRATO  | SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE                                                                                                                                                                                                                                         |
| CDP                 | 353 de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Entre los suscritos **JENNY TATIANA PEREZ IGLESIAS**, mayor de edad, vecina y residente en Simití - Bolívar, identificado con Cédula de ciudadanía No. 53.080.998, quien obra en nombre y representación legal **E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA**, Nit. 900.196.366-6, en su condición de Gerente nominada mediante Decreto No. 485 de 2024 y Acta de posesión de fecha mayo 28 de 2024, posesionada debidamente para el ejercicio del cargo, facultada para la suscripción de este contrato según lo previsto en el estatuto y Manual de contratación institucional Acuerdo 04 y 05 de 2024, que para estos efectos en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte, y por la otra, **LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**, persona mayor de edad, vecino(a) y residente en el municipio de Simití - Bolívar, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1.148.685.588 expedida en el municipio de Simití, departamento de Bolívar, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, que se registrará por los principios y reglas establecidos en el artículo 209 de la Constitución Política, disposiciones Civiles y Comerciales pertinentes, Ley 100 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1474 de 2011, Decreto 1876 de 1994, Resoluciones 5185 de 2013, 1440 de 2024, Acuerdo Directivo No. 004 del cinco (05) noviembre de 2024 "Por medio del cual se expide el nuevo Estatuto de Contratación" y Acuerdo Directivo No. 005 del cinco (05) noviembre de 2024 "Por medio del cual se expide el nuevo Manual de Contratación y se deroga el Acuerdo No. 01 de 2021", y demás normas que regulen la actividad contractual de las Empresas Social del Estado y en la materias no reguladas por ella, por las disposiciones civiles y comerciales vigentes, y las cláusulas que adelante se expresan, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que, la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua, es un entidad pública descentralizada, no sujeta al Estatuto de Contratación de la Administración Pública, conforme lo establece el numeral 6º del artículo 195 de la Ley 100 de 1993 se rige por el derecho privado y podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública sin desconocer los principios establecidos en el artículo 209 de la C.N. de la Función Administrativa, está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, delegación y desconcentración de funciones e igualmente deberá tenerse en cuenta los principios de las actuaciones y procedimientos administrativos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, tales como: El debido proceso, igualdad, imparcialidad, buena fe, moralidad, participación, responsabilidad, transparencia, publicidad, coordinación, eficacia, eficiencia, economía, celeridad. Así mismo, se deberá tener en cuenta el principio de planeación. **2)** Que, el Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil, Consejero Ponente Dr. Augusto Trejo Jaramillo, en Consulta No. 1127 de 1996 sostuvo que "las empresas Sociales del Estado cuando celebren contratos regidos por el Derecho Privado puede seleccionar a sus contratistas de acuerdo al criterio que tenga la administración claramente expuesta en su reglamento interno". **3)** Que, para el desarrollo de su objeto social, la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua podrá suscribir y desarrollar todo tipo de contratos, asociarse con personas jurídicas de su misma naturaleza, con el fin de lograr la universalidad, la calidad y eficacia en la prestación de los servicios a sus usuarios, procurando siempre el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población de su área de influencia, atendiendo criterios técnicos, rigor jurídico y costos de operación y prestación de los servicios y solidaridad, buscando el mejor manejo de sus ingresos. **4)** Que, en observancia de los parámetros anteriores, La Junta Directiva como órgano superior de dirección y administración de la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua, en observancia al numeral 7. artículo 2.5.3.8.4.2.7., del Decreto 780 de 2016: "7. Aprobar los Manuales de Funciones y Procedimientos, para su posterior adopción por la autoridad competente", actualizó el Estatuto de Contratación mediante Acuerdo No. 004 de 2024, por medio de la cual se "EXPIDE EL ESTATUTO DE CONTRATACIÓN" y mediante Acuerdo 05 de 2024 el Manual de Contratación, por medio de la cual se "EXPIDE EL NUEVO MANUAL DE CONTRATACIÓN Y SE DEROGA EL ACUERDO No. 01 de 2021". **5)** Que, el artículo séptimo del Estatuto de Contratación asigna competencia exclusivamente a la Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua para la ordenar y dirigir los procesos contractuales, adjudicar y suscribir contratos, en su condición de Representante Legal y Ordenadora del Gasto. **6)** Que, para el buen desempeño administrativo y con el fin de garantizar el cumplimiento de los fines Estatales, la continua y eficiente prestación de los servicios de salud, se requiere el apoyo para el desarrollo de sus



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepadua.desimiti





actividades propias. Al respecto, La Sección Segunda, Subsección A, Sala Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, C.P. Dr. Jaime Moreno García en providencia del veintidós (22) de febrero de 2007 – Expediente 47001-23-31-00-1999-00248-01, sostuvo que: "Entre el contratante y el contratista puede existir una relación de coordinación en sus actividades, de manera que el segundo se somete a las condiciones necesarias para el desarrollo eficiente de la actividad encomendada, lo cual incluye el cumplimiento de horario, o el hecho de recibir una serie de instrucciones de sus superiores, o tener que reportar informes sobre sus resultados, pero ello no significa necesariamente la configuración de un elemento de subordinación" 7) Que, La Sección Segunda, Subsección A, Sala Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, C.P. Dra. Ana Margarita Olaya Forero ha sostenido que: "Las Empresas Sociales del Estado como su nombre lo indica, desarrollan una modalidad de actividad empresarial del Estado, que para competir con eficiencia frente a otras empresas del sector privado requieren de agilidad y flexibilidad en el manejo de sus recursos; son entidades del Sistema de Seguridad Social que ofrecen servicios relacionados con la salud del habitantes del territorio nacional, lo que constituye un servicio público según lo estipula el artículo 49 de la CN... Por ello y de las normas legales que desarrollan el precepto constitucional, puede colegirse que no existe prohibición para que el servicio público de Seguridad Social en Salud, cuando sea prestado por la nación o por una entidad territorial a través de una Empresa Social del Estado, pueda ser realizado indirectamente, es decir con mediación de otras entidades. Ello autoriza la celebración y ejecución de contratos de prestación de servicios cuando su finalidad sea obtener eficiencia empresarial." 8) Que, en el estatuto contractual – Acuerdo No. 004 de 2024, consagra en el literal I numeral primero, Artículo Décimo Séptimo. **MODALIDADES DE CONTRATACIÓN SEGUN LA CUANTIA Y NATURALEZA**, la entidad puede contratar bajo la modalidad de Contratación Directa "Para la prestación de servicios profesionales, técnicos y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo puedan encomendarse a determinadas personas naturales", que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, siempre y cuando la entidad estatal verifique la idoneidad o experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate. 9) Que, la Gerencia del Hospital aprobó la necesidad elaborada por la P.U. Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto de contratar un AUXILIAR DE ENFERMERIA, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). 10) Que, la P.U. Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto, certificó que, dentro de la organización interna de la Entidad, no existe personal o no es suficiente, o no existe personal especializado que pueda atender las obligaciones específicas derivadas del objeto a contratar. 11) Que, el P.U. Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto, elaboró el Estudio Previo donde consta la necesidad, y demás aspectos del mismo según el contenido en el Principio de Planeación contenido en el numeral 2º, del artículo decimo noveno, del Acuerdo Directivo 04 de 2024 "Los estudios y documentos previos son el soporte para tramitar los procesos de contratación de la ESE, los cuales deberán ser elaborados por la dependencia de la cual surge la necesidad, necesidad que será aprobada por la gerencia previo a la elaboración de los estudios, los cuales deberán ajustarse a cada modalidad o criterio de selección, revisados en su parte jurídica por el profesional de contratación y deberán contener componentes de carácter técnico, financiero y jurídico, además de los siguientes elementos, entre otros: La descripción de la necesidad que se pretende satisfacer con el proceso de contratación, Objeto a contratar, La modalidad de selección del contratista y su justificación, incluyendo los fundamentos jurídicos. El valor estimado del contrato y la justificación del mismo, incluyendo el análisis económico, Los criterios para seleccionar la oferta más favorable, en el caso que se requiera, clasificación del bien o servicio de acuerdo con el clasificador de Bienes y Servicios publicado por Colombia Compra, el cual debe ser coherente con el contemplado para este bien o servicio en el Plan Anual de Adquisiciones, análisis de riesgo y la forma de mitigarlo, obligaciones de las partes, Las garantías exigidas en el proceso de contratación". 12) Que, la P.U. Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto ha evaluado y certificado la capacidad, idoneidad y experiencia del contratista, de lo cual se deja constancia que obra en el expediente del contrato. 13) Que, así mismo se ha revisado y verificado la documentación precontractual ajustada a la normatividad vigente. 14) Que, el jefe de Presupuesto de la E.S.E. San Antonio de Padua expidió el Certificado de Disponibilidad Presupuestal para la celebración del presente contrato. 15). Que, en consideración de lo anterior, las partes han convenido celebrar el presente contrato según las estipulaciones contenidas en las siguientes cláusulas: **CLAUSULAS PRIMERA. OBJETO.** Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para la conformación y ejecución de Equipos Básicos de Salud focalizados en la cabecera municipal del municipio Simiti, en el marco de la Resolución 1010 de 2025, para la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua. **Parágrafo.** En ningún caso este contrato de prestación de servicios genera relación laboral ni prestaciones sociales, por lo cual EL CONTRATISTA no contrae vínculo de carácter laboral con la Empresa Social del Estado San Antonio de Padua; solo tiene derecho a los emolumentos pactados y no podrá reclamar válidamente el pago de prestaciones sociales por la ejecución de las actividades encomendadas relacionadas con el objeto contractual de conformidad con el último inciso del numeral 3o del Artículo 32 de la Ley 80 de 1993. **SEGUNDA. ALCANCE DEL OBJETO Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.** En ejecución de lo anterior la Contratista desarrollará las obligaciones correspondientes al servicio asignado, de la siguiente manera: **Específicas:** En ejecución de lo anterior la Contratista tendrá las siguientes obligaciones: **Específicas:** 1. Realizar atenciones Individuales y otras atenciones en salud en el marco de las Redes Integradas de Servicios salud como: Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones en salud / Información en salud / Atención para promoción y apoyo a la lactancia materna / Educación para la salud / Toma de muestras de laboratorio / Vacunación. 2. Efectuar la notificación de Eventos de Interés en Salud Pública identificados en el territorio, efectuando la detección, recolección y comunicación de los datos necesarios para que la E.S.E. analice, entienda y active la respuesta ante las situaciones de los eventos en salud pública identificados en los territorios. 3. Realizar la afiliación de oficio a la población que se encuentre sin aseguramiento, realizando el proceso de registro en el Sistema de Afiliación Transaccional SAT. 4. Realizar acciones educativas sobre aspectos básicos de salud y promoción del medio ambiente. 5. Participar en las actividades que programe la E.S.E. para el fortalecimiento de capacidades de los EBS. 6. Participar en los espacios o mecanismos efectivos que se brinden para que los EBS faciliten la respuesta de otros sectores o actores a las personas en los microterritorios. 7. Efectuar el diseño, concertación, implementación y seguimiento del Plan de Cuidado Primario para cada una de las familias intervenidas aplicando las siguientes fases: a). Identificación de capacidades y condiciones de salud (Familia / Integrantes de la Familias/ Entornos). b). Concertación. (Identificación conjunta de prácticas de



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simiti



simiti@sanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti





y demás normas vigentes, cuando aplique. **26.** Colaborar en el suministro y respuesta de la información correspondiente, a los requerimientos efectuados por los organismos de control del Estado Colombiano en relación con la ejecución, desarrollo o implementación del contrato objeto del presente documento. **27.** El CONTRATISTA deberá garantizar que la información clasificada o reservada no sea revelada, divulgada, entregada, copiada desde su dispositivo y/o transmitida a nadie en forma oral, escrita, fotográfica, copia electrostática, óptica, magnética, visual o cualquier otro medio por desarrollarse o inventarse, salvo autorización escrita de la entidad. **28.** En el caso que la relación contractual suponga la necesidad de acceder a datos de carácter personal, el CONTRATISTA como encargado del tratamiento, queda obligado al cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales, Decreto 1377 de 2013 y cualquier otra norma que las complemente, sustituya, modifique o reemplace. De igual manera el CONTRATISTA deberá cumplir la Ley 1712 de 2014 de Transparencia y Acceso a la Información Pública y sus decretos reglamentarios. **29.** A la terminación del contrato, el CONTRATISTA está obligado a restituir a la Entidad toda la información entregada o generada para el desarrollo y cumplimiento de su objeto contractual. **30.** Según lo previsto en el artículo 183 de la Ley 23 de 1982, modificado por el artículo 30 de la Ley 1450 de 2011 y en la Decisión Andina 351 de 1993, los derechos patrimoniales sobre los productos, resultados, informes y documentos que surjan en el desarrollo del contrato pertenecen exclusivamente al Hospital, quien podrá utilizarlos indefinidamente, difundirlos y divulgarlos cuando lo estime necesario, sin contraprestación alguna a favor del CONTRATISTA. **31.** Realizar desplazamientos que se requieran, para el cumplimiento del objeto contractual, previa autorización del SUPERVISOR del contrato y presentar informe y legalización de los gastos de desplazamiento y transporte conforme al acto administrativo que regule la materia. **32.** Asistir y participar en las reuniones y capacitaciones que programe e invite el hospital y que previamente sea acordado con gerencia, así como en la evaluación de las actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud y tener disponibilidad al llamado por parte del supervisor del contrato, cuando se requiera.

**Parágrafo primero. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN – EL CONTRATISTA,** con la suscripción del presente contrato, se obliga a prestar apoyo a la acción del Estado Colombiano y del HOSPITAL, para fortalecer la transparencia y la responsabilidad de rendir cuentas, y en este contexto asume explícitamente los siguientes compromisos, sin perjuicio de su obligación de cumplir la ley colombiana: **1.-** Se compromete a no ofrecer, ni dar sobornos, ni ninguna otra forma de halago o dádiva a ningún funcionario público en relación con su contrato. **2.-** Se obliga a no celebrar acuerdos o realizar actos o conductas que tengan por objeto la colusión en el presente contrato. **Parágrafo segundo.** Este contrato de prestación de servicios no está sujeto a relación jerárquica, pero en su ejecución el contratista tendrá en cuenta los lineamientos sugeridos por el supervisor para prestar sus servicios. **TERCERA. DERECHOS DEL CONTRATISTA:** **1.** Recibir la remuneración pactada en los términos de la Cláusula sexta del presente contrato. **2.** Recibir por parte del Hospital la información y/o apoyo que requiera para la correcta y eficiente ejecución del objeto del presente contrato. **CUARTA. OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** **1.** Ejercer la Supervisión Administrativa, financiera y técnica, a través del funcionario de planta que designe el Gerente quien tendrá la facultad de inspeccionar en cualquier tiempo, el desarrollo del contrato, incluyendo las especificaciones técnicas, así como la calidad del servicio e igualmente velar por el estricto cumplimiento de su objeto y control de las obligaciones adquiridas a través de este. **2.** Informar de manera oportuna sobre los lineamientos técnicos y administrativos a los que se deba sujetar el suministro objeto del presente contrato. **3.** Cancelar el valor pactado en el contrato que se suscriba de conformidad a la forma de pago establecida y bajo la presentación y aprobación previa de los informes, actas y demás documentos que soporten el cumplimiento del objeto y de las obligaciones derivadas del mismo por parte del CONTRATISTA. **4.** Exigir el cumplimiento de las obligaciones por parte del CONTRATISTA. **QUINTA. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA.** El contratista declara que: **1.** Conoce y acepta los Documentos del Proceso. **2.** Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato. **3.** El Contratista al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. **4.** Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral. **5.** El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato. **6.** El Contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. **7.** El Contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños. **SEXTA. VALOR Y FORMA DE PAGO:** Para todos los efectos legales y fiscales el valor del presente contrato se fija en la suma de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE. El valor total del contrato se pagará al CONTRATISTA en mensualidades de TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS (\$3.150.000,00) M/CTE, incluidos todos los impuestos, tasas, contribuciones, costos directos e indirectos a que haya lugar. El primer pago, de conformidad con el parágrafo sexto y teniendo en cuenta los días en que efectivamente prestará sus servicios, será de UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS (\$1.365.000,00) M/CTE. Los pagos se efectuarán dentro de los quince (15) días calendario del periodo mensual subsiguiente a la efectiva prestación del servicio, previa prestación del servicio durante ese periodo de ejecución y cumplimiento de los requisitos para pago; así como la presentación del informe de ejecución contractual y certificación del supervisor, que contendrá todas las actividades desarrolladas por el CONTRATISTA dentro del periodo; comprobante de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y en el porcentaje establecido por el Gobierno Nacional. **Parágrafo primero:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, circunstancia que deberá ser verificada por el Supervisor del contrato como requisito para cada pago, de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **Parágrafo segundo:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC),



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simiti



simitisanantoniodepadua@gmail.com

www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co

@hospitalsanantoniodepaduadesimiti





## E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA SIMITÍ NIVEL DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

cuidado y prioritarias / Definición y alcance de logros). c). Implementación. (Atenciones Acciones de Gestión). d). Seguimiento. (Logros y acuerdos con la familia / Atenciones / Acciones de Gestión / Novedades). 8. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contrato con las comunidades de cada microterritorio. 9. Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través medios y herramientas comunicativas. 10. Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio, en las casas y/o grupos familiares que no han sido caracterizadas anteriormente. 11. Concurrir con la identificación las prioridades de respuesta individual, familiar comunitario por edad, Sexo- género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio Asignado. 12. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos ocasionen un alto impacto en salud pública. 13. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. 14. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. 15. Concurrir con la canalización a la oferta en servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades Sociales de salud identificadas. 16. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por otros sectores. 17. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el ministerio de salud y protección social para tal fin. 18. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas - barrios y microterritorios abordados por el equipo. 19. Apoyar procesos de consolidación de la información según lineamientos de MSPS para los EBS así como la rendición de los informes requeridos. 20. Garantizar la asistencia a los procesos de capacitación a que se convocado para la cabal ejecución del proyecto. 21. Utilizar en debida forma los elementos de protección personal para el desarrollo de las actividades. 22. Custodiar, cuidar y responder por el buen estado de los equipos, elementos, dotación, herramientas y suministros que le sean puestos a disposición para el desarrollo de las actividades. 23. Cumplir con las obligaciones de afiliación y pago del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 24. Presentar los informes de actividades correspondientes previo a los pagos respectivos. 25. Cumplir con las actividades propias del objeto contractual de acuerdo con el estudio previo y con la propuesta. 26. Acatar las instrucciones que para el desarrollo del contrato le imparta la E.S.E. por conducto de la supervisión. 27. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley, con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho. 28. Las demás que sean requeridas por la entidad y que se relacionen con el objeto contractual. **Generales:** 1. Obrar con lealtad y buena fe en la ejecución contractual, evitando dilaciones y entramientos que afecten el debido desarrollo del contrato. 2. Cumplir con el objeto del contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad, por tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral ninguno entre el contratista y la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua. 3. Llevar registros, archivos y controles, que se requieran para la información oportuna y confiable respecto de los asuntos a su cargo. 4. Informa con la debida oportunidad al SUPERVISOR de cualquier circunstancia que afecte la debida ejecución del contrato. 5. Prestar a entera satisfacción del CONTRATANTE el servicio contratado. 6. Cumplir con las actividades y metas establecidas en el contrato, ciñéndose a la naturaleza del contrato, la necesidad de la entidad y los principios de celeridad, transparencia, responsabilidad, eficacia y objetividad entre otros. 7. Responder por los elementos, bienes, información, etc. que se pongan a su disposición para la ejecución del presente contrato, propendiendo, en todo caso, por su conservación y uso adecuado; No obstante, el contratista deberá contar con su propio material y herramientas de trabajo y prestará sus servicios profesionales de manera independiente y autónoma. 8. Acreditar afiliación a salud y pensión, según lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 797 del 2003 y Decreto 510 del 2003, Ley 1753 de 2015 Artículo 135. 9. Dar estricto cumplimiento a las normas de orden laboral y prestacional. 10. Otorgar las pólizas dentro de los términos que solicite la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua. 11. Aceptar la supervisión por parte de la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua. 12. No acceder a amenazas o peticiones de quienes actúen por fuera de la Ley, con el fin de obligarlo hacer u omitir algún acto o hecho, debiendo informar inmediatamente a la Entidad y demás autoridades competentes cuando se presenten este tipo de situaciones. 13. Presentar al SUPERVISOR el último día hábil de cada mes un informe mensual de actividades de su gestión y del servicio prestado como requisito de pago, así como un informe de la totalidad de las actividades ejecutadas y la finalización de la ejecución del contrato y los demás informes que le sean asignados. 14. El Contratista debe dar cumplimiento obligatorio a los procesos y procedimientos establecidos por la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua, para la evaluación y control de las políticas establecidas por la entidad, garantizando de esta manera la calidad de la atención a los usuarios, tendientes a la acreditación de la institución. 15. El contratista deberá dar cumplimiento al anexo de confidencialidad para el manejo de la información de la E.S.E. HSAP. 16. El contratista se obliga a utilizar los elementos de Protección Personal (EPP), si es el caso y se responsabiliza de su adecuado uso. 17. El contratista deberá estar inscrito en el Sistema de Información del Empleo público – SIGEP, y en la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II, previo a la firma del contrato. 18. Tener conocimiento del código de integridad de la E.S.E. HSAP que será comunicado por Recursos Humanos. 19. Cumplir con el objeto de este contrato en defensa de los intereses económicos o de cualquier otra naturaleza del CONTRATANTE y aportar sus capacidades, conocimientos y aptitudes con la debida diligencia, oportunidad y confidencialidad. 20. No ejercer ninguna forma de violencia contra las mujeres, ni basadas en género, ni actos de racismo o discriminación contra empleados, contratistas o usuarios de la entidad, así como con cualquier persona en el marco de los servicios que presta a la entidad. 21. Custodiar y cuidar la documentación e información que, por razón de su relación contractual, cargo o función conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. 22. Aplicar tanto la Ley de Archivo como la Ley de Habeas Data en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. 23. Atender los requerimientos y/o recomendaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta el CONTRATANTE a través del SUPERVISOR, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. 24. Presentar la cuenta de cobro y respectivos anexos para pago de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato. 25. Presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 658 del 05 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020



602 7332040

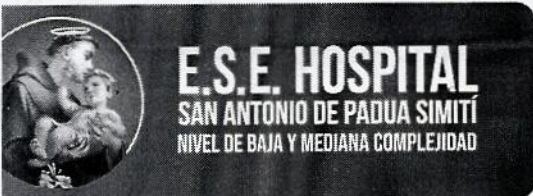


Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti





Humanos y Presupuesto, el cual será pagadero con el presupuesto de la vigencia 2026. **DÉCIMA QUINTA. LIQUIDACIÓN.** El presente Contrato por norma vigente no exige liquidación; si excepcionalmente requiera liquidarse se hará conforme al procedimiento legal dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación, de conformidad con la Ley 80 de 1993. **DÉCIMA SEXTA. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA:** Se deja constancia que el CONTRATISTA cuenta con formación como AUXILIAR DE ENFERMERÍA, capacidad técnica e idoneidad, para la ejecución y desarrollo de las actividades que conllevan la ejecución del objeto contractual, según la información que obra en su expediente contractual, previa revisión y verificación por parte del P.U. Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto del Hospital San Antonio de Padua. Se deja constancia que, en la planta de personal de la Entidad, no existe personal o no es suficiente, o no existe personal especializado que pueda ejecutar el objeto de este contrato. **DÉCIMA SEPTIMA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento que no le asiste ninguna inhabilidad ni incompatibilidad de las previstas en la Ley para suscribir este Contrato de Prestación de Servicios, así mismo que no se encuentra incurso en causal de impedimento ni conflicto de intereses, y si así lo fuere se hará responsable por los daños y los perjuicios que se ocasionen al CONTRATANTE y frente a terceros. **DECIMA OCTAVA. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.** EL HOSPITAL podrá dar por terminado el contrato por las siguientes causas: a) Incumplimiento de alguna de las cláusulas del presente contrato b) comprobación de mal manejo de la información del Hospital por parte del contratista. c) Participación en actos que vayan en contra de las reglas y normas establecidas por el Hospital. d) por mutuo acuerdo. e) Por vencimiento del plazo pactado. **Parágrafo.** - Para la terminación del contrato basta con que el Hospital informe al CONTRATISTA, sobre la causal de terminación, sin que ello genere indemnización alguna por parte del contratante y deberá procederse en forma inmediata a la liquidación del contrato. **DECIMA NOVENA. DE LA TERMINACIÓN UNILATERAL.** EL HOSPITAL podrá dar por terminado unilateralmente el presente contrato mediante acto administrativo debidamente motivado, conforme a lo establecido en los Acuerdos Directivos No. 04 y 05 de 2024. **VIGESIMA. DE LA INTERPRETACIÓN UNILATERAL.** Si durante la ejecución del contrato surgen discrepancias entre las partes sobre la interpretación de algunas de sus estipulaciones que puedan conducir a la paralización o a la afectación grave del objeto contratado si no se logra acuerdo, EL CONTRATANTE interpretará en acto administrativo debidamente motivado, las estipulaciones o cláusulas objeto de la diferencia. **VIGESIMA PRIMERA. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES.** Las partes acuerdan que en el evento que surjan diferencias entre ellas con ocasión del presente contrato las mismas buscarán mecanismos alternativos de arreglo directo, tales como la Negociación Directa, la Amigable Composición, la Transacción y la Conciliación. En tal caso las partes dispondrán de un término de 30 días contados a partir de la fecha en que cualquiera de ellas haga la solicitud en tal sentido, término que podrá ser prorrogado por mutuo acuerdo. **VIGESIMA SEGUNDA. NORMAS APLICABLES.** El presente contrato se rige por el derecho privado y en especial por lo dispuesto en los Acuerdos Directivos No. 04 y 05 de 2024, expedidos por la Junta Directiva de la E.S.E. HSAP – Estatuto y Manual de contratación de la E.S.E. San Antonio de Padua. **VIGESIMA TERCERA. CESIÓN.** EL CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato sin previa autorización emitida por el Gerente de la E.S.E. San Antonio de Padua. **VIGESIMA CUARTA. RESPONSABILIDAD SOBRE BIENES ENCOMENDADOS.** EL CONTRATISTA es responsable por la pérdida o deterioro de los bienes encomendados a su custodia. En caso de entrega de elementos devolutivos que le sean suministrados para el desarrollo de sus actividades, será mediante inventario individual, comprometiéndose a devolverlos una vez vencido el contrato en el estado en que le fueron entregados o mediante reparación o reposición en el caso de daño o pérdida, salvo deterioro normal de los mismos. **VIGESIMA QUINTA. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.** El contratista apoyará la acción del Estado Colombiano y particularmente la E.S.E. San Antonio de Padua, para fortalecer la transparencia y la responsabilidad de rendir cuentas, y en este contexto deberá asumir explícitamente los siguientes compromisos, sin perjuicio de su obligación de cumplir la Constitución y la Ley colombiana tales como: 1) El contratista se compromete a no ofrecer ni dar dádivas ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público, ni pariente en cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y primero civil. 2) El contratista se compromete formalmente a no efectuar acuerdos o realizar actos o conductas que tengan por objeto la colusión en la ejecución del presente contrato. 3) En el evento de conocerse casos especiales de corrupción en las Entidades del Estado, se debe reportar el hecho al Programa Presidencial "Lucha contra la Corrupción" a través de los números telefónicos (1) 560 10 95, (1) 565 76 49, (1) 562 41 28, vía fax número telefónico (1) 565 86 71; la línea transparente del programa, a los números telefónicos 9800-91 30 40 o (1) 560 75 56; correo electrónico, en la dirección: [webmasteranticorrupcion.gov.co](mailto:webmasteranticorrupcion.gov.co), al sitio de denuncias del programa, en la página de Internet: [www.anticorrupcion.gov.co](http://www.anticorrupcion.gov.co); correspondencia o personalmente en la dirección: Carrera 8 No. 7-27 Bogotá D.C. **VIGESIMA SEXTA. CONFIDENCIALIDAD Y USO RESTRINGIDO DE LA INFORMACIÓN.** a) EL CONTRATISTA respecto de la información que requiera, adquiera, procese, utilice, sintetice, reproduzca, etc., durante y con ocasión de la ejecución del contrato dará a dicha información exclusivamente el uso indispensable para la debida ejecución estando prohibido su revelación y publicación, divulgación, transmisión o reproducción a terceros con un fin distinto a la ejecución del contrato sin previa autorización escrita de la E.S.E. San Antonio de Padua. b) EL CONTRATISTA se obliga a cuidar que sus empleados, contratistas o mandatarios que por la razón que sea, se involucren o relacionen con cada actividad objeto de este contrato, se obliguen solidaria e íntegramente a la protección aquí establecida. c) La trasgresión a la presente obligación de confidencialidad, dará lugar a la terminación anticipada y unilateral del presente contrato por la parte perjudicada, así como a las acciones judiciales y la indemnización por perjuicios a que haya lugar. d) Bajo los términos del presente contrato, antes de que el CONTRATISTA publique o divulgue, o haga publicar o divulgar alguna ponencia u otro artículo que incorpore o revele cualquier información derivada directa o indirectamente de la ejecución del presente contrato o de algún proyecto específico, enviará un ejemplar de dicha ponencia o artículo a la E.S.E. San Antonio de Padua, para sus comentarios y respectiva aprobación o negación. **VIGESIMA SEPTIMA. PROTECCIÓN DE DATOS.** En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013, de Protección de Datos Personales, la E.S.E. San Antonio de Padua, garantiza la confidencialidad de los datos personales de sus usuarios. Le comunicamos que su dirección de correo electrónico forma parte de una base de datos gestionada bajo la responsabilidad de la E.S.E. San Antonio de Padua, con la única finalidad de prestarle los servicios por usted solicitados, por su condición de paciente, empleado, proveedor, o porque nos haya solicitado información en algún momento. Es voluntad



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simiti



[simitisanantoniodepadua@gmail.com](mailto:simitisanantoniodepadua@gmail.com)

[www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co](http://www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co)

[@hospitalsanantoniodepadua.desimiti](mailto:@hospitalsanantoniodepadua.desimiti)



de la entidad. **Parágrafo tercero:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería de la E.S.E. a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo con la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **Parágrafo cuarto:** Para el pago final el CONTRATISTA deberá anexar Paz y Salvo con la E.S.E. y se deberá formalizar acta de liquidación debidamente firmada entre las partes, en ningún caso la sumatoria de los pagos podrá superar el valor total del contrato. **Parágrafo quinto:** El CONTRATISTA podrá recibir recursos por concepto de gastos de viaje para que se traslade fuera del municipio en cumplimiento de actividades específicas relacionadas con el objeto contractual y debidamente autorizadas, previa solicitud del supervisor del contrato. Para efectos del reconocimiento y pago de gastos de desplazamiento se tomará el valor mensual del contrato como base de liquidación de los mismos, de acuerdo con la escala vigente aplicable. **Parágrafo sexto:** Para los periodos que no correspondan a mensualidades completas, se cancelará la suma proporcional al valor mensual pactado por los días de servicio efectivamente prestados. Para el pago del contrato, los meses deben entenderse de treinta (30) días calendario. **SEPTIMA. SEGURIDAD SOCIAL AFILIACIÓN A LOS SISTEMAS DE SALUD Y PENSIONES EN LA LEY 100 DE 1993.** EL CONTRATISTA se compromete a cumplir con su obligación de afiliación a salud y pensiones, como independiente debiéndose cotizar sobre el 40% del valor del contrato en forma mensualizada, por lo cual 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 o a la fecha de su liquidación se observe la persistencia de este incumplimiento, la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa. **OCTAVA. SUPERVISION.** La supervisión de la realización del objeto del presente Contrato será ejercida por el funcionario de planta que designe la Gerente, quien tendrá a su cargo vigilar el desarrollo de las actividades estipuladas en el presente Contrato, teniendo en cuenta el objeto del mismo. Para el desarrollo de la actividad el SUPERVISOR tendrá en cuenta las funciones descritas en el TITULO III, CAPITULO III, del Estatuto de Contratación de la E.S.E., no obstante, dentro de las funciones principales del supervisor están las de: **1)** Elaborar y suscribir el acta de inicio del contrato teniendo en cuenta que el contratista debe iniciar la ejecución del mismo previo cumplimiento de los requisitos de ejecución y legalización del contrato. **2)** Velar porque el servicio objeto del presente contrato se cumpla en las condiciones y características aquí consignadas. **3)** Velar por el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el presente contrato por las partes. **4)** Revisar y aprobar los Informes Mensuales de Ejecución Contractual y las cuentas que presente EL CONTRATISTA de acuerdo con lo estipulado en este contrato. **5)** Verificar que al contrato se adjunten todos los documentos exigidos para el perfeccionamiento, legalización y ejecución del mismo. **6)** Verificar que EL CONTRATISTA cumpla con la obligación establecida en el presente Contrato en cuanto a su obligación de afiliación al sistema General de seguridad en salud, previstos en la Ley 100 de 1993 y la cotización mensual a los mismos. **7)** Proyectar y tramitar el acta de liquidación final del Contrato. **8)** Cumplir con las obligaciones de control y vigilancia establecidas en las Leyes 1952 de 2019 y Ley 1474 de 2011, demás normas y disposiciones concordantes. **9)** Tramitar de manera oportuna las adiciones, prorroga y modificaciones del contrato. **10)** Informar al ordenador del gasto del incumplimiento de obligaciones contractuales a cargo del CONTRATISTA durante la ejecución del contrato o dentro del término estipulado en él. **11)** Las demás acciones que correspondan al ejercicio propio de las funciones de supervisión. **Parágrafo primero.** En caso de incumplimiento de las obligaciones antes citadas, se aplicarán las sanciones previstas en la Ley 80 de 1993 y Ley 1952 de 2019 y Ley 1474 de 2011, Acuerdo Directivo 004 de 2025 y demás normas concordantes. **Parágrafo segundo.** Mediante comunicación escrita el Hospital podrá cambiar al supervisor designado. **NOVENA. PLAZO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL.** El plazo de ejecución del presente Contrato será de DOS (02) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio entre el SUPERVISOR y el CONTRATISTA, previo Registro Presupuestal y aprobación de la garantía cuando haya lugar. **DECIMA. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES:** La E.S.E. San Antonio de Padua, queda facultada para aplicar las cláusulas excepcionales al derecho Común de Terminación, interpretación, modificación unilateral del Contrato, previstas en los artículos 15,16 y 17 de la Ley 80 de 1993 y de caducidad de acuerdo con el artículo 18 de la Ley 80 de 1993. **DECIMA PRIMERA. PENA PECUNIARIA.** En caso de incumplimiento del presente Contrato, LA CONTRATISTA deberá pagar una indemnización equivalente al quince por ciento (15%) de su valor, a título de pena pecuniaria. **DECIMA SEGUNDA. MULTAS.** En caso de mora e incumplimiento parcial de las obligaciones por parte de la CONTRATISTA y para conminarla al cumplimiento de las mismas, la Entidad contratante podrá imponerle multas sucesivas equivalentes al uno por mil del valor de la orden de prestación de servicios por cada día calendario de atraso en la ejecución del objeto del contrato. Las multas tendrán un tope máximo del quince por ciento (15%) del valor del contrato. **Parágrafo:** El valor de las multas se podrá descontar de las sumas que la Entidad Contratante adeude a la Contratista y si ello no fuere posible se tomará de la garantía de cumplimiento o se cobrará por vía judicial. **DECIMA TERCERA. GARANTÍAS.** El contratista se compromete a constituir una garantía única a favor de la entidad, que avalará el cumplimiento de las obligaciones surgidas del presente contrato que ampare los siguientes riesgos: **A. Póliza de cumplimiento:** El amparo de cumplimiento del contrato cubrirá a la E.S.E. HSAP de los perjuicios directos del incumplimiento total o parcial de las obligaciones nacidas del contrato, así como de su cumplimiento tardío o de su cumplimiento defectuoso, cuando ellos son imputables al contratista garantizado. Además de estos riesgos, este amparo comprenderá siempre el pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria que se hayan pactado en el momento garantizado. **Vigencia:** La duración del contrato y seis (06) meses más. **Cuantía:** El veinte por ciento (20%) del valor total del contrato. **Parágrafo.** En el evento en que el contrato no se pudiese liquidar dentro del plazo contractual por causas imputables al contratista, éste deberá prorrogar la vigencia de las garantías de cumplimiento y pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales, por un plazo de seis meses más. **DÉCIMA CUARTA. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor del presente Contrato queda sujeta a las reservas y compromisos presupuestales, tal como está establecido en los numerales 13 y 14 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993. El Registro Presupuestal para el presente Contrato se hará con cargo al presupuesto de la E.S.E. San Antonio de Padua de la presente vigencia fiscal año 2026, y con afectación al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 353 de fecha dieciocho (18) de marzo de 2026, con cargo al Rubro Presupuestal **24502090601 – Remuneración de servicios técnicos asistenciales** –, por un valor de SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE, expedido por la P.U. Jefe de Recursos



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti

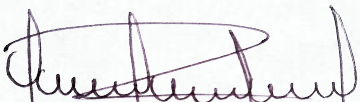




**E.S.E. HOSPITAL**  
**SAN ANTONIO DE PADUA SIMITÍ**  
NIVEL DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

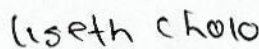
de la ESE. San Antonio de Padua., evitar el envío deliberado de correo no solicitado, por lo cual podrá en todo momento, ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal por correo ordinario a: [contactenos@esesanantoniodepadua.desimiti.gov.co](mailto:contactenos@esesanantoniodepadua.desimiti.gov.co). **VIGESIMA OCTAVA. DOCUMENTOS.** Hacen parte integral de la presente orden, los siguientes documentos: 1. Estudios y documentos previos. 2. Certificado de Disponibilidad Presupuestal. 3. Propuesta u oferta de servicios presentada por el contratista, Hoja de Vida y demás anexos y documentos de la propuesta. 4. Certificado de declaración de bienes y rentas. 5. Certificados de antecedentes judiciales, disciplinarios, fiscales vigentes, medidas correctivas. 6. Certificado que acredite que el CONTRATISTA se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud y pensión o autoliquidaciones mensuales). 7. Registro Único Tributario. 8. Registro Presupuestal. 9. Hacen igualmente parte de este instrumento, todos los documentos de supervisión e informes sobre la gestión contractual que se produzcan a lo largo del término del contrato. **VIGESIMA NOVENA. NOTIFICACION DE ACTOS ADMINISTRATIVOS VIA ELECTRÓNICA.** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 56 del CPACA (Ley 1437-2011), el CONTRATISTA autoriza a la E.S.E. HSAP para realizar la notificación de actos administrativos vía electrónica, al siguiente correo electrónico: [lorenacholo24@gmail.com](mailto:lorenacholo24@gmail.com) **TRIGESIMO. CERTIFICADO SARLAFT.** El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento, que se entiende presentado con la firma del presente contrato, que cumple con las normas sobre prevención y control de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo que le resulten aplicables y que los ingresos o bienes del CONTRATISTA no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. **TRIGESIMO PRIMERO. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.** Este contrato se perfecciona con la firma de las partes y para su legalización se requiere la expedición de Registro Presupuestal. Para su ejecución se requiere la aprobación de la garantía cuando haya lugar y la suscripción del Acta de Inicio.

Para constancia se firma en el municipio de Simití – Bolívar, a los dieciocho (18) días del mes de marzo de 2026.

  
**JENNY TATIANA PEREZ IGLESIAS**  
Gerente E.S.E. San Antonio de Padua  
Contratante

Elaboro MJRA. Abogado externo.  
Reviso. P.U. Recurso Humano  
Aprobó. Gerente. E.S.E. HSAP



  
**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**  
C.C. No. 1.148.685.588 de Simití – Bolívar  
Contratista



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



[simitisanantoniodepadua@gmail.com](mailto:simitisanantoniodepadua@gmail.com)  
[www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co](http://www.esehospitalsanantoniodepadua.desimiti.gov.co)  
[@hospitalsanantoniodepadua.desimiti](http://@hospitalsanantoniodepadua.desimiti)



Simití – Bolívar, dieciocho (18) de marzo de 2026

Doctora

**ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ**

Profesional Universitario – Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto

Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Padua

E.S.D.

**REF.:** Designación de la Supervisión del Contrato de Prestación de Servicios 267 del dieciocho (18) de marzo de 2026 – Celebrado entre la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua y LISETH LORENA CHOLO FLOREZ, identificado con C.C. 1.148.685.588

Respetada Doctora,

JENNY TATIANA PEREZ IGLESIAS, obrando en mi condición de Gerente de la E.S.E. San Antonio de Padua, Nit. 900.196.366, por medio del presente escrito manifiesto que ha sido designada supervisora del Contrato de Prestación de Servicios CPS No. 267-2026, cuyo objeto contractual es: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para la conformación y ejecución de Equipos Básicos de Salud focalizados en la cabecera municipal del municipio Simití, en el marco de la Resolución 1010 de 2025, para la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua; término de la ejecución DOS (02) MESES. Valor del Contrato SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE, quien tendrá a su cargo vigilar el desarrollo de las actividades estipuladas en el presente Contrato, teniendo en cuenta el objeto del mismo.

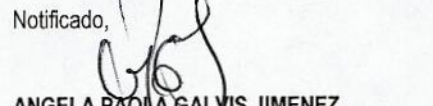
Para el desarrollo de la SUPERVISIÓN del contrato deberá tener en cuenta las funciones descritas en el TITULO III, CAPITULO III, del Estatuto de Contratación de la E.S.E., no obstante, dentro de las funciones principales del supervisor están las de:

- 1) Elaborar y suscribir el acta de inicio del contrato teniendo en cuenta que el contratista debe iniciar la ejecución del mismo previo cumplimiento de los requisitos de ejecución y legalización del contrato.
- 2) Velar porque el servicio objeto del presente contrato se cumpla en las condiciones y características aquí consignadas.
- 3) Velar por el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el presente contrato por las partes.
- 4) Revisar y aprobar los Informes Mensuales de Ejecución Contractual y las cuentas que presente EL CONTRATISTA de acuerdo con lo estipulado en este contrato.
- 5) Verificar que al contrato se adjunten todos los documentos exigidos para el perfeccionamiento, legalización y ejecución del mismo.
- 6) Verificar que EL CONTRATISTA cumpla con la obligación establecida en el presente Contrato en cuanto a su obligación de afiliación al sistema General de seguridad en salud, previstos en la Ley 100 de 1993 y la cotización mensual a los mismos.
- 7) Proyectar y tramitar el acta de liquidación final del Contrato.
- 8) Las demás acciones que correspondan al ejercicio propio de las funciones de supervisión.
- 9) Tramitar de manera oportuna las adiciones, prorrogas y modificaciones del contrato.
- 10) Informar al ordenador del gasto del incumplimiento de obligaciones contractuales a cargo del CONTRATISTA durante la ejecución del contrato o dentro del término estipulado en él.
- 11) Cumplir con las obligaciones de control y vigilancia establecidas en las Leyes 1952 de 2019 y Ley 1474 de 2011, demás normas y disposiciones concordantes.
- 12) En caso de incumplimiento de las obligaciones antes citadas, se aplicarán las sanciones previstas en la Ley 80 de 1993 y Ley 1952 de 2019 y Ley 1474 de 2011, Acuerdo Directivo 004 de 2025 y demás normas concordantes.
- 13) Mediante comunicación escrita el Hospital podrá cambiar al supervisor designado.

Atentamente,

  
**JENNY TATIANA PEREZ IGLESIAS**  
Gerente E.S.E. San Antonio de Padua

Notificado,

  
**ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ**  
E.S.E. San Antonio de Padua  
P.U. Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti





## ACTA DE APROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE PÓLIZA (Resolución 257 sep.28 de 2020)

De conformidad con el proceso de contratación, se procede a revisión, aprobación y aceptación de *garantía única o Póliza de Seguro de Cumplimiento en Favor de Entidades Estatales*, presentada por la CONTRATISTA **LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**, persona mayor de edad, vecina y residente en el municipio de Simití – Bolívar, quien se identifica con Cedula de Ciudadanía No. 1.148.685.588, Contrato inicial X o Contrato Adicional que avala el cumplimiento de las obligaciones surgidas del Contrato de Prestación de Servicios CPS No. 267–2026, cuyo objeto es: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para la conformación y ejecución de Equipos Básicos de Salud focalizados en la cabecera municipal del municipio Simití, en el marco de la Resolución 1010 de 2025, para la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua, de acuerdo con los siguientes amparos:

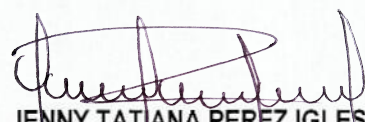
Póliza No. 400-47-994000114235; Vigencia desde **18/03/2026** hasta **18/11/2026** emitida por **ASEGURADORA SOLIDARIA S.A.** Nit. 860.524.654-6, expedida el 06/04/2026

| AMPARO       | VIGENCIA DESDE<br>(d/m/a) | VIGENCIA HASTA<br>(d/m/a) | VALOR ASEGURADO |
|--------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| Cumplimiento | 18/03/2026                | 18/11/2026                | \$1.260.000,00  |

Se verificó que la póliza cuenta con los anexos de condiciones generales y particulares que acreditan su eficacia jurídica por haber sido expedida según lo estipulado en el contrato y según las prescripciones legales, siendo procedente impartirle aprobación y aceptación. La gerencia encuentra que se ajusta a los parámetros fijados en el contrato, por lo tanto, la aprueba y acepta en todas sus partes.

**NOTA:** Para la suscripción de la presente acta de aprobación de póliza y suscripción de acta de inicio del contrato se tendrá la fecha de inicio de cobertura de la póliza, esto es el dieciocho (18) de marzo de 2026.

Para constancia se firma en Simití – Bolívar, a los dieciocho (18) días del mes de marzo de 2026.

  
**JENNY TATIANA PEREZ IGLESIAS**  
Gerente E.S.E. San Antonio de Padua

Elaboro MJRA. Abogado Externo  
Reviso. P.U. Recursos Humanos y Presupuesto  
Aprobó. Gerente E.S.E. HSAP



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
@hospitalsanantoniodepaduadesimiti



**PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4**



**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4010432559**

**PÓLIZA No: 400-47-994000114235 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA**

COD. AGENCIA: 400 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO  
**06 04 2026**  
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO  
**06 04 2026**  
FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: **LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1148.685.588**

DIRECCIÓN: **CRR 1 MONTERREY**

CIUDAD: **SIMITÍ, BOLÍVAR**

TELÉFONO: **3229837900**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE SIMITI**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.196.366-6**

BENEFICIARIO: **E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE SIMITI**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.196.366-6**

**AMPAROS**

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.**

DESCRIPCION AMPAROS  
**CONTRATO CUMPLIMIENTO**

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA SUMA ASEGURADA

**18/03/2026 18/11/2026 1,260,000.00**

BENEFICIARIOS  
NIT 900196366 - **E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE SIMITI**

**POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:**

**OBJETO DE LA GARANTIA**

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO NO. 267-2026, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA CONFORMACION Y EJECUCION DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD FOCALIZADOS EN LA CABECERA MUNICIPAL DEL MUNICIPIO SIMITI, EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 1010 DE 2025, PARA LA ENTIDAD HOSPITALARIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN ANTONIO DE PADUA.

**CERTIFICACIÓN DE NO EXPIRACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMA**

POR DISPOSICIÓN DEL ARTÍCULO 7 DE LA LEY 1150 DE 2007, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CERTIFICA QUE LA PRESENTE POLIZA NO EXPIRará POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA, O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS, QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

|                                                       |                                       |                                               |                              |                                         |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br><b>\$ *****1,260,000.00</b> | VALOR PRIMA:<br><b>\$ *****25,000</b> | GASTOS EXPEDICION:<br><b>\$*****11,000.00</b> | IVA:<br><b>\$ *****6,840</b> | TOTAL A PAGAR:<br><b>\$ *****42,840</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|

|                                                              |                      |                        |                                                  |                 |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|
| NOMBRE INTERMEDIARIO<br><b>JOHANNA MARCELA GALINDO RUEDA</b> | CLAVE<br><b>8908</b> | %PART<br><b>100.00</b> | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO<br><b>%PART</b> | VALOR ASEGURADO |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERIA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: GESTIONCOBRANZA@SOLIDARIA.CO.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.CO.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: [https://www.solidaria.com.co/va\\_digitalclient/#login](https://www.solidaria.com.co/va_digitalclient/#login)

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN: DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2013, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx>

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co> EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS"

**FIRMA ASEGURADOR**

(415)7701861000019(8020)00000000007000401043255

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CAD821780B0CPB7B5A

CLIENTE





CONDICIONES GENERALES GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082  
DE 2015

**CAPITULO 1 AMPAROS Y EXCLUSIONES**

**1. AMPAROS**

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, A TRAVÉS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO, COBERTURA PARA LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1088 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SEGÚN EL CUAL EL CONTRATO DE SEGURO ES DE MERA INDEMNIZACIÓN Y JAMÁS PODRÁ SER FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO. ESTA PÓLIZA CUBRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN SU ALCANCE Y CONTENIDO, SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE EN ADELANTE SE ESTIPULAN:

LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO O SUS ANEXOS NO CONSTITUYE UNA FIANZA, NI ES SOLIDARIA, NI INCONDICIONAL, SU EXIGIBILIDAD ESTÁ CONDICIONADA A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA DEMOSTRACIÓN DE LA CUANTÍA. EL AMPARO ESTA CIRCUNSCRITO A LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA SIEMPRE QUE EL MISMO SE AJUSTE AL VALOR ASEGURADO, VIGENCIA DE LAS COBERTURAS Y EXCLUSIONES, Y LA RECLAMACIÓN SE EFECTÚE DENTRO DE LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL ART. 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA**

LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL POR LA IMPOSICIÓN DE SANCIONES AL PROPONENTE DERIVADAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.2 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE OFERTA CUANDO EL TÉRMINO PREVISTO EN LOS PLIEGOS PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SE PRORROGUE, SIEMPRE Y CUANDO ESAS PRÓRROGAS NO EXCEDAN EL TÉRMINO DE TRES (3) MESES.

1.1.3 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO, DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO EXIGIDA POR LA ENTIDAD PARA AMPARAR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO.

1.1.4 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL TÉRMINO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS.

**1.2 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LAS OBLIGACIONES NACIDAS DEL CONTRATO, ASÍ COMO DE SU CUMPLIMIENTO TARDÍO O DE SU CUMPLIMIENTO DEFECTUOSO, CUANDO ELLOS SON IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES, ADEMÁS DE ESOS RIESGOS, ESTE AMPARO COMPRENDERÁ EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA QUE SE HAYAN PACTADO EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

**1.3 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN AL ANTICIPO**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA QUE EL CONTRATISTA GARANTIZADO HAGA DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE LE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. CUANDO SE TRATE DE BIENES ENTREGADOS COMO ANTICIPO, ÉSTOS DEBERÁN TASARSE EN DINERO EN EL CONTRATO.

LA GARANTÍA DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O HASTA LA AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTÍA COMPRENDERÁ EL 100% DE LA SUMA ESTABLECIDA COMO ANTICIPO, YA SEA EN DINERO O EN ESPECIE.

**1.4 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS ANTICIPADOS**

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DEL PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, POR PARTE DEL CONTRATISTA, DE LOS DINEROS QUE LE FUERON ENTREGADOS A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR. LA GARANTÍA DE



PAGO ANTICIPADO DEBE ESTAR VIGENTE HASTA LA LIQUIDACION DEL CONTRATO O HASTA QUE LA ENTIDAD ESTATAL VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES O LA ENTREGA DE TODOS LOS BIENES O SERVICIOS ASOCIADOS AL PAGO ANTICIPADO, DE ACUERDO CON LO QUE DETERMINE LA ENTIDAD ESTATAL. EL VALOR DE LA GARANTIA COMPRENDERA EL 100% DEL MONTO PAGADO DE FORMA ANTICIPADA, YA SEA ESTE EN DINERO O EN ESPECIE.

#### **1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES**

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACION DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTIA NO SE APLICARA PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN REGIMEN JURIDICO DIFERENTE AL COLOMBIANO.

#### **1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA**

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, IMPUTABLE AL CONTRATISTA, SUFRIDO POR LA OBRA ENTREGADA A SATISFACCIÓN.

**PARAGRAFO:** LA COBERTURA DEL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA INICIA SU VIGENCIA A PARTIR DEL RECIBO A SATISFACCION DE LA OBRA POR PARTE DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

#### **1.7 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS**

EL AMPARO DE CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS CUBRIRÁ A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, (I) DERIVADOS DE LA MALA CALIDAD O DEFICIENCIAS TÉCNICAS DE LOS BIENES O EQUIPOS POR EL SUMINISTRADOS, DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O (II) POR EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS O NORMAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS PARA EL RESPECTIVO BIEN O EQUIPO, UNA VEZ SEAN RECIBIDOS POR LA ENTIDAD.

#### **1.8 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO QUE SE DERIVEN DE (I) LA MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS CON OCASIÓN DE UN CONTRATO DE CONSULTORÍA, O (II) DE LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO, TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES PACTADAS EN EL CONTRATO.

##### **PARAGRAFO PRIMERO.**

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA O DE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE A LOS PARTICULARES, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

##### **PARÁGRAFO SEGUNDO.**

LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA NO PODRÁ RECLAMAR O TOMAR EL VALOR DE UN AMPARO PARA CUBRIR O INDEMNIZAR EL VALOR DE OTROS. ESTOS NO SON ACUMULABLES Y SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ.

##### **PARÁGRAFO TERCERO.**

ANTES DEL INICIO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SERA RESPONSABILIDAD DE LA ENTIDAD CONTRATANTE APROBAR LA GARANTIA. LA APROBACION COMPRENDERA LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

## **2. EXCLUSIONES**

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARAN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- 2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA.
- 2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA A LOS BIENES DE LA ENTIDAD NO DESTINADOS AL CONTRATO.
- 2.3 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTÉ OBLIGADA LA ENTIDAD CONTRATANTE.
- 2.4 EL DEMÉRITO O DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO



GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL MERO TRANCURSO DEL TIEMPO.

## **CAPITULO II - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

Para efectos de este contrato de seguro las expresiones o vocablos relacionados a continuación, tendrán el siguiente significado.

### **2.1 Tomador**

Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y se hace responsable del pago de la prima y quien ha celebrado un contrato con la entidad estatal contratante, cuyas obligaciones se encuentran garantizadas con la presente póliza.

### **2.2 Asegurado**

Es la entidad estatal contratante que por tener interés asegurable figura como tal en la carátula de la póliza.

### **2.3 Beneficiario**

Es la entidad estatal contratante que ha sufrido un perjuicio amparado, o en el amparo de salarios el trabajador vinculado al contratista mediante contrato de trabajo.

### **2.4 Siniestro**

Es la realización del riesgo asegurado por un hecho imputable al contratista, ocurrido durante la vigencia consignada en la carátula de la póliza, que ha causado un perjuicio indemnizable a la entidad estatal contratante.

### **2.5 Acto Administrativo**

Es el medio a través del cual la entidad estatal en uso de su función administrativa manifiesta su voluntad encaminada a producir ciertos efectos jurídicos de carácter particular.

### **2.6 Acto Administrativo Ejecutoriado**

Es la manifestación de la entidad estatal contratante que puede producir los efectos previstos en el acto, por haber cumplido con los requisitos establecidos del artículo 62 del código contencioso administrativo, y Aseguradora Solidaria de Colombia en calidad de garante ha ejercido su derecho a la defensa.

## **CAPITULO III - CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO**

### **1. SUMA ASEGURADA**

LA SUMA ASEGURADA DETERMINADA PARA CADA AMPARO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN CASO DE SINIESTRO.

### **2. VIGENCIA**

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA POLIZA Y/O EN SUS ANEXOS Y/O CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

### **3. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA**

DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE, DE LA SIGUIENTE FORMA:

3.1 EN CASO DE CADUCIDAD, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE CADUCIDAD, PROCEDERÁ A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O A CUANTIFICAR EL MONTO DEL PERJUICIO Y A ORDENAR SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CADUCIDAD CONSTITUYE SINIESTRO.

3.2 EN CASO DE APLICACIÓN DE MULTAS, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 LA ENTIDAD ESTATAL, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL IMPONDRÁ LA MULTA Y ORDENARÁ SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE. EL ACTO ADMINISTRATIVO CONSTITUYE SINIESTRO.

3.3 EN LOS DEMÁS CASOS DE INCUMPLIMIENTO, UNA VEZ AGOTADO EL DEBIDO PROCESO Y GARANTIZADOS LOS DERECHOS DE DEFENSA Y CONTRADICCIÓN DEL CONTRATISTA Y DE SU GARANTE PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL DECLARARÁ EL INCUMPLIMIENTO Y CUANTIFICARÁ EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y/O HARA EFECTIVA LA CLÁUSULA



PENAL, SI ELLA ESTÁ PACTADA Y ORDENARA SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO AL GARANTE.

#### **4. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN**

SI EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, AL MOMENTO DE TENER CONOCIMIENTO DEL INCUMPLIMIENTO O CON POSTERIORIDAD A ÉSTE Y ANTERIOR AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, FUERE DEUDOR DEL CONTRATISTA POR CUALQUIER CONCEPTO, SE APLICARÁ LA COMPENSACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN SE DISMINUIRÁ EN EL MONTO DE LAS ACREENCIAS, SEGÚN LA LEY, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LOS ARTÍCULOS 1714 Y SUBSIGUIENTES DEL CÓDIGO CIVIL.

IGUALMENTE SE DISMINUIRÁ DEL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN EN EL DE LOS BIENES QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA OBTENIDO DEL CONTRATISTA, JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, EN EJERCICIO DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO CUYO CUMPLIMIENTO SE GARANTIZA CON LA PRESENTE PÓLIZA.

#### **5. PAGO DEL SINIESTRO**

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL VALOR DEL SINIESTRO, ASÍ:

5.1. PARA EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 3.1., DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE CON TAL FIN HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE PARA RECLAMAR EL PAGO, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO Y DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RESOLUCIÓN EJECUTORIADA QUE ACOJA LA LIQUIDACIÓN UNILATERAL.

5.2 PARA EL CASO DEL NUMERAL 3.2, DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA COMUNICACIÓN ESCRITA QUE HAGA LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE, ACOMPAÑADA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE EJECUTORIADO, JUNTO CON LA CONSTANCIA DE LA ENTIDAD ESTATAL DE LA NO EXISTENCIA DE SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA RESPECTO DE LOS CUALES SE PUEDA APLICAR LA COMPENSACIÓN DE QUE TRATA LA CONDICIÓN CUARTA DE ESTE CLAUSULADO O EN LA QUE CONSTE LA DISMINUCIÓN EN EL VALOR A INDEMNIZAR EN VIRTUD DE TAL COMPENSACIÓN.

#### **PARAGRAFO.**

LA ASEGURADORA PODRÁ OPTAR POR CUMPLIR SU PRESTACIÓN MEDIANTE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O CONTINUANDO LA EJECUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1102 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

#### **6. VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCION DEL CONTRATO**

LA ASEGURADORA TIENE DERECHO A EJERCER LA VIGILANCIA SOBRE EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA.

#### **7. SUBROGACION**

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN LA ASEGURADORA SE SUBROGA HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE TENGA CONTRA EL CONTRATISTA.

LA ENTIDAD ESTATAL NO PUEDE RENUNCIAR EN NINGÚN MOMENTO A SUS DERECHOS CONTRA EL CONTRATISTA Y SI LO HICIERE PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REEMBOLSAR INMEDIATAMENTE A LA ASEGURADORA, LA SUMA QUE ÉSTA LLEGARE A PAGAR A LA ENTIDAD ESTATAL, CON OCASIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, INCREMENTADA CON LOS INTERÉSES MÁXIMOS LEGALES VIGENTES AL MOMENTO DEL REEMBOLSO, CALCULADOS DESDE QUE LA ASEGURADORA EFECTÚE EL PAGO RESPECTIVO, SIN NECESIDAD DE REQUERIMIENTOS PREVIOS.

#### **8. CESION DEL CONTRATO**

EN EL EVENTO QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA EL ASEGURADOR RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA ACEPTA DESDE AHORA LA CESIÓN DEL CONTRATO A FAVOR DEL ASEGURADOR.

EN TAL EVENTO LAS PARTES SUSCRIBIRÁN EL CONTRATO CORRESPONDIENTE, Y ASEGURADORA SOLIDARIA PRESENTARÁ GARANTÍAS EN LOS TÉRMINOS EXIGIDOS POR LA LICITACIÓN O CONTRATO.

#### **9. NO EXPIRACION POR FALTA DE PAGO DE PRIMA E IRREVOCABILIDAD**



LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI POR REVOCACIÓN UNILATERAL.

**10. NOTIFICACIONES Y RECURSOS**

LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE DEBERÁ NOTIFICAR A LA ASEGURADORA LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS ATINENTES A LA EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA, PREVIO AGOTAMIENTO DEL DERECHO DE AUDIENCIA DEL CONTRATISTA Y DEL GARANTE.

**11. PROHIBICIÓN DE LA TRANSFERENCIA**

NO SE PERMITE HACER CESIÓN O TRANSFERENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LA ASEGURADORA. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE ESTA DISPOSICIÓN, EL AMPARO TERMINA AUTOMÁTICAMENTE Y LA ASEGURADORA SOLO SERÁ RESPONSABLE POR LOS ACTOS DE INCUMPLIMIENTO QUE HAYAN OCURRIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LA CESIÓN O TRANSFERENCIA.

**12. COEXISTENCIA DE SEGUROS**

EN CASO DE EXISTIR, AL MOMENTO DEL SINIESTRO, OTRO SEGURO DE CUMPLIMIENTO CON RELACIÓN AL MISMO CONTRATO, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR, SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SUS RESPECTIVOS SEGUROS, SIN QUE EXISTA SOLIDARIDAD ENTRE LAS ASEGURADORAS PARTICIPANTES Y SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA BAJO EL CONTRATO DE SEGURO.

**13. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

CUANDO SE AMPAREN CONTRATOS EN LOS CUALES SE HA SUSCRITO CLAUSULA COMPROMISORIA, DE CONFORMIDAD CON O PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY 1563 DE 2012, LA ASEGURADORA QUEDARA VINCULADA A LOS EFECTOS DEL MISMO.

**14. PROCESOS CONCURSALES** LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE ASEGURADA SE OBLIGA A HACER VALER SUS DERECHOS DENTRO DE CUALQUIER PROCESO CONCURSAL O PRECONCURSAL O LOS PREVISTOS EN LA LEY 550 DE 1999, LEY 1116 Y SUS NORMAS COMPLEMENTARIAS, EN EL QUE LLEGARE A SER ADMITIDO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, EN LA FORMA EN QUE DEBERÍA HACERLO SI CARECIESE DE LA GARANTÍA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA, SUS CERTIFICADOS DE APLICACIÓN Y SUS AMPAROS, DANDO AVISO A LA ASEGURADORA DE TAL CONDUCTA.

**15. PRESCRIPCIÓN** LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, SE SUJETAN A LOS TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS QUE LO ADICIONEN Y/O MODIFIQUEN.

**16. DOMICILIO SIN PERJUICIO** DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA EL DOMICILIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

\_\_\_\_\_  
TOMADOR

\_\_\_\_\_  
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA







**ACTA DE INICIO**  
**CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS CPS No. 267-2026**

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TIPO DE CONTRATO</b>    | Contrato de Prestación de Servicios                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>NUMERO DE CONTRATO</b>  | 267-2026                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>TIEMPO DE EJECUCIÓN</b> | DOS (02) MESES                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>OBJETO</b>              | Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para la conformación y ejecución de Equipos Básicos de Salud focalizados en la cabecera municipal del municipio Simití, en el marco de la Resolución 1010 de 2025, para la Entidad Hospitalaria Empresa Social del Estado San Antonio de Padua |
| <b>MODALIDAD</b>           | Contratación Directa                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>CONTRATANTE</b>         | <b>E.S.E. SAN ANTONIO DE PADUA</b><br>NIT. 900.196.366-6                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>CONTRATISTA</b>         | <b>LISETH LORENA CHOLO FLOREZ</b><br>CC. No. 1.148.685.588                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>SUPERVISOR</b>          | PROFESIONAL UNIVERSITARIO – JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y PRESUPUESTO                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>VALOR DEL CONTRATO</b>  | SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$6.300.000,00) M/CTE                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>CDP</b>                 | 353 de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>FECHA DE INICIO</b>     | Marzo 18 de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

En el municipio de Simití – Bolívar, a los dieciocho (18) días del mes de marzo de 2026, se reunieron en las instalaciones de la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua, ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ, en representación de la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua y en calidad de SUPERVISORA del Contrato de Prestación de Servicios CPS No. 267–2026 y LISETH LORENA CHOLO FLOREZ, quien se identifica con Cedula de Ciudadanía No. 1.148.685.588, en calidad de CONTRATISTA, quien obra en causa propia con el fin de suscribir la siguiente Acta de Inicio, bajo los siguientes:

**CONSIDERANDOS**

1. Que la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua suscribió Contrato de Prestación de Servicios CPS No. 267–2026 fechado a los dieciocho (18) días del mes de marzo de 2026.
2. Que mediante oficio fechado a los dieciocho (18) días de marzo de la presente anualidad, se designó al P.U. Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto, como supervisora del Contrato de Prestación de Servicios CPS No. 267–2026 quien deberá cumplir con las obligaciones determinadas en el contrato y demás de orden legal, constitucional y reglamentario.
3. Que en el referido contrato se encuentra incluido dentro del marco de obligaciones del Supervisor la de elaborar y suscribir "1). *El acta de inicio del contrato teniendo en cuenta que el contratista debe iniciar la ejecución del mismo previo cumplimiento de los requisitos de ejecución y legalización del contrato*".
4. Que mediante acta de aceptación y aprobación de Póliza de Cumplimiento No. 400-47-994000114235, expedida en fecha **06/04/2026**, con vigencia desde 18/03/2026 hasta 18/11/2026 emitida por **ASEGURADORA SOLIDARIA S.A.** Nit. 860.524.654-6., constituida por la CONTRATISTA LISETH LORENA CHOLO FLOREZ, quien se identifica con Cedula de Ciudadanía No. 1.148.685.588, se observa que las pólizas presentadas cuentan con los anexos de condiciones generales y particulares que acreditan su eficacia jurídica por haber sido expedida según lo estipulado en el Contrato de Prestación de Servicios CPS No. 267–2026.



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



simitisanantoniodepadua@gmail.com  
 www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co  
 @hospitalsanantoniodepaduadesimiti





**E.S.E. HOSPITAL**  
**SAN ANTONIO DE PADUA SIMITÍ**  
NIVEL DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

5. Que se encuentran acreditados los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato, por lo que...

### ACUERDAN

Fijar como fecha de inicio de la ejecución de las actividades objeto del Contrato de Prestación de Servicios CPS No. 267-2026 el día dieciocho (18) de marzo de 2026.

Para constancia firman quienes intervienen

**ANGELA PAOLA GALVIS JIMENEZ**

P.U. Jefe de Recursos Humanos y Presupuesto  
Supervisor

*Liseth Lorena Cholo Florez*

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**

C.C. No. 1.148.685.588 de Simití – Bolívar  
Contratista



602 7332040



Kilometro 2 entrada Simití



[simitisanantoniodepadua@gmail.com](mailto:simitisanantoniodepadua@gmail.com)  
[www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co](http://www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co)  
[@hospitalsanantoniodepaduadesimiti](https://www.instagram.com/hospitalsanantoniodepaduadesimiti)



REPÚBLICA DE COLOMBIA

LISETH LORENA

COL 1.55

24 MAR 2006 04

SIMITI (BOLIVAR)

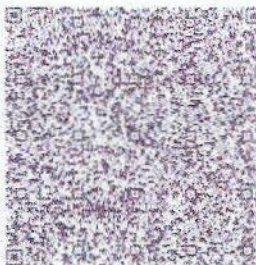
26 MAR 2024. SIMITI

04 APR 2034

15th Loren photo

045011392

REGISTRADOR NACIONAL  
Hernán Penagos Grato



ICCOL045011302405097<<<<<<<<<  
0603249F3404045COL1148685588<5  
CHOL0<FLOREZ<<LISETH<LORENA<<<



|                                                                                                                                                                      |                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|
|  <b>E.S.E. HOSPITAL</b><br>SAN ANTONIO DE PADUA SIMITI<br>BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD | ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE SIMITI |  |
|                                                                                                                                                                      | NIT: 900196366-6                            |  |
|                                                                                                                                                                      | LISTA DE CHEQUEO HOJAS DE VIDA              |  |
|                                                                                                                                                                      | ASISTENCIAL                                 |  |

|                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:       | CEDULA: 1.198.685.588 |
| Jiserh Lorena Cholo Florez | FECHA DE ENTREGA:     |

| #  | DOCUMENTO                                                                                                       | OBSERVACIÓN                                                                                                                                                                                        | ENTREGADO |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | Lista de chequeo                                                                                                | Firmada                                                                                                                                                                                            |           |
| 2  | HOJA DE VIDA DE SIGEP II                                                                                        | Diligenciar en plataforma SIGEP II                                                                                                                                                                 | ✓         |
| 3  | HOJA DE VIDA FUNCIÓN PÚBLICA                                                                                    | Original y firmada                                                                                                                                                                                 |           |
| 4  | COPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD AL 150 %                                                                           | Ambas caras en una sola pagina                                                                                                                                                                     | X         |
| 5  | COPIA LIBRETA MILITAR Y/O CERTIFICADO EMITIDO POR LA ENTIDAD                                                    | Ambas caras en una sola pagina                                                                                                                                                                     |           |
| 6  | RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EJERCER EMITIDA POR SECRETARIA DE SALUD                                         | Para graduados antes del año 2015                                                                                                                                                                  |           |
| 7  | RETHUS (CONSULTAR EN PÁGINA) AÑO 2024                                                                           | Donde se evidencie la información clara                                                                                                                                                            |           |
| 8  | TARJETA PROFESIONAL (ENFERMEROS, BACT, ODONT. OTROS Y ESPECIALISTAS)                                            | Ambas caras en una sola pagina                                                                                                                                                                     |           |
| 9  | DIPLOMA PREGRADO (ENFERMEROS, MÉDICOS Y ESPECIALISTAS)                                                          | Copia legible página completa                                                                                                                                                                      | X         |
| 10 | ACTA PREGRADO (ENFERMEROS, MÉDICOS Y ESPECIALISTAS)                                                             | Copia legible página completa                                                                                                                                                                      | X         |
| 11 | CERTIFICADO DE TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA AÑO 2024 (ENFERMEROS, MÉDICOS Y ESPECIALISTAS)                          | Vigente no mayor a 30 días                                                                                                                                                                         |           |
| 12 | CERTIFICADOS ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA                                                           | Vigente no mayor a 3 meses contados a partir de la fecha de expedición                                                                                                                             | X         |
| 13 | CERTIFICADOS ANTECEDENTES FISCALES CONTRALORIA                                                                  | Vigente no mayor a 3 meses contados a partir de la fecha de expedición                                                                                                                             | X         |
| 14 | CERTIFICADOS ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA                                                                    | Vigente no mayor a 3 meses contados a partir de la fecha de expedición                                                                                                                             | X         |
| 15 | CERTIFICADOS ANTECEDENTES DE MEDIDAS CORRECTIVAS                                                                | Vigente no mayor a 3 meses contados a partir de la fecha de expedición                                                                                                                             | X         |
| 16 | CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS                                                           | Vigente no mayor a 3 meses contados a partir de la fecha de expedición                                                                                                                             | X         |
| 17 | CERTIFICADO SISTEMA DE CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES                                              | Vigente no mayor a 3 meses contados a partir de la fecha de expedición                                                                                                                             | X         |
| 18 | RUT AÑO VIGENTE                                                                                                 | Actividad económica en salud código inicia por (86)                                                                                                                                                | X         |
| 19 | CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA                                                                                    | Relacionadas en la hoja de vida                                                                                                                                                                    |           |
| 20 | CERTIFICADO CURSO DE INTEGRIDAD - DAFF                                                                          | Valido solo por el siguiente Link para realizar el curso.<br>H <a href="https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/curso-integridad">https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/curso-integridad</a> | X         |
| 21 | CERTIFICADO DE PRIMEROS AUXILIOS – CONDUCTORES Y CELADORES                                                      | Vigencia 2 años/ no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                                                |           |
| 22 | CERTIFICADO CURSO SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)                                                                    | Vigencia 2 años/ no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                                                | X         |
| 23 | CERTIFICADO CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS) MEDICOS, JEFES Y ESPECIALISTAS.                                 | Vigencia 2 años/ no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                                                |           |
| 24 | CERTIFICADO CURSO ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL                                              | Vigencia 2 años/ no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                                                | X         |
| 25 | CERTIFICADO CURSO BUENAS PRACTICAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE                                                     | Vigencia 2 años                                                                                                                                                                                    | X         |
| 26 | CERTIFICADO HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD                                                                  | Vigencia 2 años                                                                                                                                                                                    | X         |
| 27 | CERTIFICADO CURSO ATENCION A PERSONAL DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS                                           | Vigencia 2 años/ no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                                                | X         |
| 28 | CERTIFICADO CURSO AIEPI (ATENCION INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA)                       | Vigencia 2 años/ no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                                                | X         |
| 29 | CERTIFICADO CURSO MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALEATIVO                                                          | Vigencia 2 años. No aplica para intensivistas / no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                 |           |
| 30 | CERTIFICADO CURSO DENGUE Y DISCAPACIDAD                                                                         | Vigencia 2 años/ no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                                                |           |
| 31 | CERTIFICADO EN FORMACION CONTINUA EN TOMA DE MUESTRAS – AUXILIARES ENFERMERIA                                   | Vigencia 2 años/ no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                                                |           |
| 32 | CERTIFICADO CURSO GESTIÓN DEL DUELO                                                                             | Vigencia 2 años/ no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                                                | X         |
| 33 | CERTIFICADO FORMACION CONTINUA MANEJO DE TECNOLOGIA Y/O SISTEMAS – AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y DE FACTURACION. | Vigencia 2 años/ no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                                                |           |
| 34 | CERTIFICADO INDUCCION                                                                                           | Formato conforme manual de inducción y reinducción de la ESE                                                                                                                                       | X         |
| 35 | CERTIFICADO CURSO DILIGENCIAMIENTO DE ACTAS DE DEFUNCIÓN (MÉDICOS)                                              | Vigencia 2 años/ no se reciben si se vencen en los próximos 2 meses                                                                                                                                |           |
| 36 | CERTIFICADO EPS COMO COTIZANTE INDEPENDIENTE ACTIVO                                                             | Vigencia no mayor a 3 días, no planilla, no ADRES                                                                                                                                                  | X         |
| 37 | CERTIFICADO FONDO DE PENSIONES COMO INDEPENDIENTE                                                               | Vigencia no mayor a 3 días, no planilla                                                                                                                                                            |           |
| 38 | CERTIFICADO ARL COMO INDEPENDIENTE NIVEL 3                                                                      | Vigencia no mayor a 3 días, no planilla                                                                                                                                                            |           |
| 39 | CERTIFICADO TITULACIÓN HEPATITIS B                                                                              | Si la última dosis es mayor a 2 meses se requiere rastreo Anticuerpos                                                                                                                              |           |
| 40 | CARNÉ DE VACUNAS CON ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN                                                           | 1)esquema completo hepatitis B. 2) influenza estacional                                                                                                                                            | X         |
| 41 | CARNÉ VACUNA COVID 19                                                                                           | Copia de las dos caras en una sola pagina                                                                                                                                                          |           |
| 42 | AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS                                                                            | Diligenciada a mano                                                                                                                                                                                | X         |
| 43 | CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL                                                                           | Vigente no mayor a 2 años contados a partir de la fecha de expedición                                                                                                                              | X         |
| 44 | FORMULARIO SARLAF DEBIDAMENTE DILIGENCIADO                                                                      | Diligenciar a mano sin fecha                                                                                                                                                                       | X         |
| 45 | FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS SIGEP II                                                                          | Diligenciar plataforma SIGEP II                                                                                                                                                                    |           |
| 46 | PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL (PROFESIONAL DE LA SALUD)                                                          | Monto mínimo de 300 millones de pesos                                                                                                                                                              |           |
| 47 | FOTO FONDO BLANCO                                                                                               | Entrega unica al momento del ingreso                                                                                                                                                               |           |
| 48 | CERTIFICADO DE REGISTRO SIGEP II                                                                                | Entrega unica al momento del ingreso                                                                                                                                                               |           |
| 49 | CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)                                                   | Entrega unica al momento del ingreso                                                                                                                                                               |           |

PARA LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN REFERENCIADA EN ESTE DOCUMENTO DEBE TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE: 1. PRESENTAR UNA CARPETA EN CARTÓN TAMAÑO OFICIO, CON LOS DOCUMENTOS. 2 PRESENTAR LA CARPETA LEGAJADA CON GANCHO PLASTICO EN ESTRICTO ORDEN Y TOTALMENTE LEGIBLES.

ESTOS 43 DOCUMENTOS DEBEN SER DIGITALIZADOS EN ARCHIVOS SEPARADOS EN FORMATO RAR Y ENVIADOS EN UN SOLO CORREO, EN ESTRICTO ORDEN, NOMBRANDO CADA HOJA SEGÚN EL NUMERO DEL ITEM QUE CORRESPONDA EN LA LISTA DE CHEQUEO, AL CORREO UNA [hojadevidahspa@gmail.com](mailto:hojadevidahspa@gmail.com), INDIQUE EN EL ASUNTO NOMBRE COMPLETO Y CARGO.

OBSERVACIONES:









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<br><b>CHOLO</b>                                                                                                                           | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br><b>FLOREZ</b>                    | NOMBRES<br><b>LISETH LORENA</b>                                                                                                                                                                              |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>1148685588</b>           | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                                                       |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <b>2</b> MES <b>6</b> AÑO <b>2026</b><br>PAÍS <b>COLOMBIA</b><br>DEPTO <b>BOLIVAR</b><br>MUNICIPIO <b>SIMITI</b> |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CORREGIMIENTO DE MONTERREY _____<br>PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>BOLIVAR</b><br>MUNICIPIO <b>SIMITI</b><br>TELÉFONO <b>31229834900</b> EMAIL <b>lorenacholo24@gmail.com</b> |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

### EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 5o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |                                     | TÍTULO OBTENIDO: |     |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|-------------------------------------|------------------|-----|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |                                     | FECHA DE GRADO   |     |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o.        | 7o. | 8o. | 9o. | 10    | 11                                  | MES              | AÑO |
|                  |     |     |     |     |            |     |     |     |       | <input checked="" type="checkbox"/> |                  |     |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),  
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD | No SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |     |   |   |   | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|-----------|------------------------|----------|----|------------------------------------------|-------------|-----|---|---|---|----------------------------|
|           |                        | SI       | NO |                                          | MES         | AÑO |   |   |   |                            |
| TE        | 6                      | X        |    | AUXILIAR EN ENFERMERÍA                   | 12          | 2   | 0 | 2 | 5 |                            |
|           |                        |          |    |                                          |             |     |   |   |   |                            |
|           |                        |          |    |                                          |             |     |   |   |   |                            |
|           |                        |          |    |                                          |             |     |   |   |   |                            |
|           |                        |          |    |                                          |             |     |   |   |   |                            |

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<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <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<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <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<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <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<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <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    |                       |       |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    |                       |       |

**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 MIANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS





REPÚBLICA DE COLOMBIA



**CORPORACIÓN TÉCNICA DE BOLÍVAR**  
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Personería Jurídica Resolución No. 338 de 15 junio de 2016 de la Gobernación de Bolívar  
Licencia de Funcionamiento Resolución No. 1168 de 21 de abril de 2017 de la Secretaría de Educación de Bolívar  
Registro del Programa de Formación laboral denominado TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERÍA,  
Resolución No. 2944 del 10 de julio de 2019 de la Sec. de Educación de Bolívar.  
Registrada con Registro Único Tributario 900988290-4.

CERTIFICA:

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ.**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C. C. NO. 1146685566

Por cuanto ha cursado los estudios con la intensidad reglamentaria de 1.800 horas, realizado los trabajos prácticos y presentado los exámenes y evaluaciones de rigor, conforme a las disposiciones **LEGALES VIGENTES**, esta institución le otorga el

**CERTIFICADO DE AFITITUD OCUPACIONAL  
POR COMPETENCIAS EN**

**TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS  
AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Guillermo Guerrero-Figueroa G.  
Rector - Representante Legal

Sandra Otero Solano  
Secretaría General

Anotado en el Acta de Certificación No. 1069; Folio No. 31 del Libro de Actas de Grado No. 1  
Dado en el municipio de Santa Rosa de Lima (Bolívar) el 16 de diciembre de 2023.

Santa Rosa de Lima (Bolívar) - Cra. 27 Calle 14 Barrio La Cereza  
[www.corporaciontecnicadebolivar.com](http://www.corporaciontecnicadebolivar.com) - [ctb@ignati@hotmail.com](mailto:ctb@ignati@hotmail.com)





REPÚBLICA DE COLOMBIA

# ACTA DE CERTIFICACION No. 1069



**CORPORACIÓN TÉCNICA DE BOLÍVAR**  
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

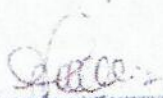
Personería Jurídica Resolución No. 838 de 15 junio de 2016 de la Gobernación de Bolívar  
Licencia de Funcionamiento Resolución No. 1108 21 de abril de 2017 de la Secretaría de Educación de Bolívar  
Registro del Programa de Formación Laboral denominado **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERIA**,  
Resolución No. 2044 del 10 de julio de 2019 de la Sec. de Educación de Bolívar.  
Registrada con Registro Único Tributario 900988290-4.

## HACE SABER:

Que en el municipio de Santa Rosa de Lima (Bolívar), sede principal de la Corporación, el día 16 de diciembre de 2025 se realizó ceremonia de **CERTIFICACIÓN** del respectivo periodo académico, presidida por las directivas de la Corporación Educativa, quien de acuerdo a lo normado en el reglamento interno del establecimiento, confirió el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias Laborales que acredita a **LISETH LORENA CHOLO FLOREZ** identificado(a) con C. C. No. **1148655588**, como **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERIA**.

Se expide el presente, teniendo como testigos a las autoridades de la Institución, para que sus firmas formen parte integral del certificado mencionado, y que así éste sirva para los fines que el egresado estime conveniente.

Fraternamente,

  
Guillermo Guerrero-Figueroa G.  
Rector - Representante Legal

  
Sandra Otero Solano  
Secretaría General

Anotado en el Acta de Certificación No. 1069; folio No. 31 del Libro de Actas de Grado No. 1.  
Dado en el municipio de Santa Rosa de Lima (Bolívar) el 16 de diciembre de 2025.

Santa Rosa de Lima (Bolívar) - Cra. 27 Calle 14 Barrio La Cereza  
[www.corporaciontecnica-de-bolivar.com](http://www.corporaciontecnica-de-bolivar.com) - [ctbvirtual@hotmail.com](mailto:ctbvirtual@hotmail.com)



## 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 11:58:35 horas del 14/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1148685588,  
Apellidos y Nombres CHOLO FLOREZ LISETH LORENA

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa ESE HOSPITAL MANUEL ELKIN PATARROYO, con NIT 829001256-0 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>





## 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, 16/03/2026 07:49:20 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1148685588** y Nombre: **LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**.

## 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. **136590806**. 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 Búsqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

515 9000



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cta. 5916 25 - 29  
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-515112





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 lunes 16 de marzo de 2026, a las 19:47:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1148685588             |
| Código de Verificación | 1148685588260316194725 |

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





POLICIA NACIONAL  
DE COLOMBIA

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

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:48:47 PM horas del 16/03/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1148685588

Apellidos y Nombres: **CHOLO FLOREZ LISETH LORENA**

#### **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 **Policia Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado 475  
- 25 barrio Modelo, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:30 am a 12:00 pm y  
2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
51 59700 ext. 33552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 310 112  
E-mail: [diijn.ara@policia.gov.co](mailto:diijn.ara@policia.gov.co)  
[ara@policia.gov.co](mailto:ara@policia.gov.co)





## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO

No. 293014980



PIB

19:51:48

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 de marzo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LISETH LORENA CHOLO FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1148685588:

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>

Mario Enrique Castro González  
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.





THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
 LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
 LIBRARY  
 540 EAST 58TH STREET  
 CHICAGO, ILL. 60637  
 TEL: 773-936-5000  
 FAX: 773-936-5001  
 WWW: WWW.CHICAGO.EDU

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
 LIBRARY  
 540 EAST 58TH STREET  
 CHICAGO, ILL. 60637  
 TEL: 773-936-5000  
 FAX: 773-936-5001  
 WWW: WWW.CHICAGO.EDU

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
 LIBRARY  
 540 EAST 58TH STREET  
 CHICAGO, ILL. 60637  
 TEL: 773-936-5000  
 FAX: 773-936-5001  
 WWW: WWW.CHICAGO.EDU





**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 1148685588 **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 16/03/2026 07:58 PM



Código Verificación: 3JLRW72DGN

Válida hasta: 15/06/2026

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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



DIAN

## Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

141241396886



(415)770721468994(8020) 0000141241396886

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 4 8 6 8 5 5 8 8

6. DV

6

12. Dirección seccional  
Impuestos y Aduanas de Barrancabermeja

2 9

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión líquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 1 4 8 6 8 5 5 8 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bolívar

1 3

30. Ciudad/Municipio

Similiti

7 4 4

31. Primer apellido

CHOLO

32. Segundo apellido

FLOREZ

33. Primer nombre

LISETH

34. Otros nombres

LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Signo

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bolívar

1 3

40. Ciudad/Municipio

Similiti

7 4 4

41. Dirección principal

CRR 1 MONTERREY

42. Correo electrónico

lorenacholo24@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 2 9 8 3 7 9 0 0

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 6 9 9

2 0 2 5, 1 2, 1 6

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código

5

4

9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

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

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2028-03-16 / 08:17:38PM

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 1.6.1.2.5 del Decreto 1525 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 CHOLO FLOREZ LISETH LORENA

985. Cargo Contribuyente





El servicio público  
es de todos

Función  
Pública

**Función Pública hace constar que:**

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**

Participó y completó con éxito el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

**Adriana Vargas Tamayo**

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano de la Función Pública





**CENTRO DE  
ENTRENAMIENTO  
EN SALUD**

**CERTIFICA QUE:**

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**

**1148685588**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:**

**ATENCION A PERSONAL DE ATAQUES CON AGENTES  
QUIMICOS**

**CON UNA DURACION DE 60 HORAS**

En testimonio de lo anterior se firma el día 16 de marzo 2026

Vigencia dos años desde la fecha de expedición del certificado.

**LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO**  
DIRECTOR ACADÉMICO.

Nit: 901250460-5

**VICTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS**  
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL  
R.M. 70366/98

Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DURSE. Verificar en [www.edusaludces.com](http://www.edusaludces.com)





CERTIFICA QUE:

LISETH LORENA CHOLO FLOREZ

1148685588

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS

En testimonio de lo anterior se firma el día 16 de marzo 2026  
Vigencia dos años desde la fecha de expedición del certificado.

LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO  
DIRECTOR ACADÉMICO.  
NII: 901259460-5

VICTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS  
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL  
R.M. 70366/98

Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DURSE. Verificar en [www.edusaludces.com](http://www.edusaludces.com)





**CENTRO DE  
ENTRENAMIENTO  
EN SALUD**

**CERTIFICA QUE:**

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**

**1148685588**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:**

**BUENAS PRACTICAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS**

En testimonio de lo anterior se firma el día 18 de marzo 2026

Vigencia dos años desde la fecha de expedición del certificado.

**LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO**  
DIRECTOR ACADÉMICO.

NIT: 901250460-5

**VICTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS**  
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL  
R.M. 70366/98

*Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DURSE. Verificar en [www.edusaludces.com](http://www.edusaludces.com)*





**CENTRO DE  
ENTRENAMIENTO  
EN SALUD**

**CERTIFICA QUE:**

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**  
**1148685588**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:**

**AIEPI COMUNITARIO**

**CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS**

En testimonio de lo anterior se firma el día 16 de marzo 2026

Vigencia dos años desde la fecha de expedición del certificado.

**LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO**  
DIRECTOR ACADÉMICO.

NIT: 901250450-5

**VICTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS**  
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL  
R.M. 70366/98

Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DURSE. Verificar en [www.edusaludces.com](http://www.edusaludces.com)





**CENTRO DE  
ENTRENAMIENTO  
EN SALUD**

**CERTIFICA QUE:**

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**

**1148685588**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:**

**SOPORTE VITAL BASICO (BLS)**

**CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS**

En testimonio de lo anterior se firma el día 16 de marzo 2026

Vigencia dos años desde la fecha de expedición del certificado.

**LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO**  
DIRECTOR ACADÉMICO.

Nit: 901250460-5

**VICTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS**  
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL

R.M. 70366/98

Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DUFSE. Verificar en [www.edusaludces.com](http://www.edusaludces.com)





**CENTRO DE  
ENTRENAMIENTO  
EN SALUD**

**CERTIFICA QUE:**

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**

**1148685588**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:**

**GESTION DEL DUELO**

**CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS**

En testimonio de lo anterior se firma el día 16 de marzo 2025  
Vigencia dos años desde la fecha de expedición del certificado.

**LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO**  
DIRECTOR ACADÉMICO.  
NIT: 901250460-5

**VICTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS**  
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL  
R.M. 70366/98

**Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DURSE. Verificar en [www.edusaludces.com](http://www.edusaludces.com)**





**CENTRO DE  
ENTRENAMIENTO  
EN SALUD**

**CERTIFICA QUE:**

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**

**1148685588**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:**

**HUMANIZACION Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

**CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS**

En testimonio de lo anterior se firma el día 16 de marzo 2026

Vigencia dos años desde la fecha de expedición del certificado.

**LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO**  
DIRECTOR ACADÉMICO.

Nit: 901253460-5

**VICTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS**  
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL  
R.M. 70366/98

Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DURSE Verificar en [www.edusaludces.com](http://www.edusaludces.com)



# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



QR DE AUTENTICIDAD

ID: 1624727623-4725226-20161852798

Nombres y apellidos / Full name

LISETH LORENA CHOLO FLOREZ

Número de identificación / ID Number

1 1 4 8 6 8 5 5 8 8

Número de contacto (móvil) / Phone number

00000000

Fecha de nacimiento / Date of birth

24/03/2006

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Correo electrónico / email

NOTIENE@GMAIL.COM

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna                         | Dosis       | Fecha de aplicación |       |      | Laboratorio            | Número de Lote | IPS Vacunadora                      | Nombres y apellidos de vacunador                   |
|--------------------------------|-------------|---------------------|-------|------|------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Vaccine                        | Doses       | Date of vaccination |       |      | Laboratory             | Vaccine Batch  | Administering Center                | Full name Vaccinator                               |
|                                |             | Día                 | Mes   | Año  |                        |                |                                     |                                                    |
|                                |             | Day                 | Month | Year |                        |                |                                     |                                                    |
| COVID PFIZER                   | Primera     | 25                  | 08    | 2021 | PFIZER                 | FD7222         | ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA   | MARIA DEL ROSARIO PALLARES MORENO                  |
| COVID PFIZER                   | Segunda     | 28                  | 12    | 2021 | PFIZER                 | FL3196         | ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA   | LAUREN PAYARES PAYARES                             |
| VPH                            | Única       | 27                  | 01    | 2024 | MSD                    | U035574        | ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA   | MAIRA ALEJANDRA BASTIDAS AREVALO                   |
| COVID MODERNA XBB1.5           | Adicional 1 | 01                  | 10    | 2024 | Catalent Indiana       | 032H23A        | ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA   | MAIRA ALEJANDRA BASTIDAS AREVALO                   |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera     | 27                  | 02    | 2025 |                        | 220501623D     | ESE HOSPITAL MANUEL ELKIN PATARROYO | GLORIA BERENICE SIERRA ROA - CC45621448 - ACTIVO   |
| Fiebre Amarilla                | Única       | 27                  | 02    | 2025 | Bio-Manguinhos/FIOCRUZ | 232VFC006Z     | ESE HOSPITAL MANUEL ELKIN PATARROYO | GLORIA BERENICE SIERRA ROA - CC45621448 - ACTIVO   |
| TD Adulto                      | Primera     | 27                  | 02    | 2025 | Serum                  | 2333L037C      | ESE HOSPITAL MANUEL ELKIN PATARROYO | GLORIA BERENICE SIERRA ROA - CC45621448 - ACTIVO   |
| TD Adulto                      | Segunda     | 28                  | 03    | 2025 | Serum                  | 2333L037C      | ESE HOSPITAL MANUEL ELKIN PATARROYO | GLORIA BERENICE SIERRA ROA - CC45621448 - INACTIVO |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda     | 07                  | 10    | 2025 |                        | 220501623D     | ESE HOSPITAL MANUEL ELKIN PATARROYO | YADY DIAZ RUIZ - CC1007209679 - ACTIVO             |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWES 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 PAWES, 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**

El(La) Señor(a) LISETH LORENA CHOLO FLOREZ identificado(a) con CC 1148685588 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/03/2024

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: SUBSIDIADO-ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA-SIMITI

Categoría: SISBEN\_1

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUITEN INTERESE, a los 16 días del mes 3 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO  
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**



**CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL**

No. 1 (#1089979)

**Examen Ingreso****CIUDAD:** SANTA ROSA DEL SUR**FECHA:**

16

03

2026

11:25AM

**DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE**

PARTICULAR

AUX DE ENFERMERIA

SANTA ROSA DEL SUR, BOLIVAR

**DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE**

LISETH

CHOLO

FLOREZ

**Tipo de Identificación:** Permiso por Protección Temporal**Número:** 1148685588**Edad:** 19 Años**CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL**☒ Sin limitaciones o restricciones para el cargo ☐ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ☐ Aplazado**Motivo del aplazamiento:**Se recomienda valoración por EPS: ☐ SI ☒ NOSe entrega formato de remisión a EPS: ☐ SI ☒ NO**LIMITACIONES O RESTRICCIONES**

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo, T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo

T P

Recomendaciones

**Recomendaciones:**

USO ADECUADO DE EPP PERTINENTES AL CARGO, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, BUENA INDUCCION AL CARGO, PA USAS ACTIVAS, AUTOCUIDADO EN ACTIVIDADES FUERA DEL TRABAJO, CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USO DE GAFAS PERMANENTES.

**EXÁMENES REALIZADOS**☒ Examen Ingreso☐ E. Medico  
Enferias  
Osteomuscular**Otros exámenes:****Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica:**☐ Cardiovascular☐ Osteomuscular☐ Auditivo☐ Visual☐ Respiratorio

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a GRUPO MEDICO A & G I.P.S.S.A.S a realizar a mí el examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paradiánico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fui informado de las medidas que tomará GRUPO MEDICO A & G I.P.S.S.A.S para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente y que me encuentro en la capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico****Aspirante o trabajador**

Liseth Lorena Cholo

Firma:

Firma:

Nombre: Dr(a) LISETH ANDREA GALVIS MARIN

Nombre: LISETH CHOLO FLOREZ

Registro Médico: 1707

Licencia Salud Ocupacional: 024652

Documento Identidad: 1148685588









**Banco Agrario de Colombia**

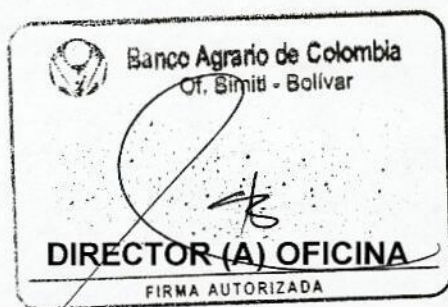
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

## CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: CHOLO FLOREZ LISETH LORENA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1148685588, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-126-50-08106-0.

Se expide en SIMITI, a los diez y siete (17) días del mes de marzo de 2026, con destino a: A SOLICITUD DEL INTERESADO







## FORMATO DE IDENTIFICACIÓN

## PERSONA NATURAL

|  <b>E.S.E. HOSPITAL</b><br>SAN ANTONIO DE PADUA SIMITÍ<br>BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>FORMATO</b>                                                                                                    |                                                                                                                                   | <b>FECHA DE EMISIÓN:</b> JULIO 2023 |        |        |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------|--------|---------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE – PROVEEDOR CONTRATISTA- EMPLEADO- PERSONA NATURAL</b> |                                                                                                                                   | <b>VERSIÓN:</b> 01                  |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   |                                                                                                                                   | <b>CODIGO:</b> GD-GER-F-001A        |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   | <b>PAGINA:</b> 1 de 2                                                                                                             |                                     |        |        |         |
| <b>PERSONA NATURAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| Primer apellido: <u>Cholo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Segundo apellido: <u>florez</u>                                                                                   | Nombre(s): <u>Lizeth Corcho</u>                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Fecha de nacimiento: <u>Simití 24-03-2006</u>                                                                     | Oficio o profesión: <u>Aux enfermería</u>                                                                                         |                                     |        |        |         |
| TI. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Carnet                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Lugar de nacimiento: <u>Simití</u>                                                                                | Actividad: Independiente <input type="checkbox"/>                                                                                 |                                     |        |        |         |
| Diplomático <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                   | Dependiente <input type="checkbox"/>                                                                                              |                                     |        |        |         |
| No. <u>1148685588</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Dirección de residencia: <u>Monterrey</u>                                                                         | Dirección Comercial:                                                                                                              |                                     |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ciudad:                                                                                                           | Cargo: <u>AUX Enfermería</u>                                                                                                      |                                     |        |        |         |
| Lugar de expedición: <u>Simití</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Teléfono fijo:                                                                                                    | Teléfono móvil: <u>32983400</u>                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| expedición: DD / MM / AA<br><u>26-03-24</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | E-mail para notificaciones:<br><u>lorenacholo@gmail.com</u>                                                       |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| ¿Posee prácticas de responsabilidad social? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso afirmativo, describa en qué ámbito: Laborales y Derechos Humanos <input type="checkbox"/> Ambientales <input type="checkbox"/> Comunidad y Sociedad <input type="checkbox"/> Prácticas con Clientes <input type="checkbox"/> Prácticas con Proveedores <input type="checkbox"/> Gobierno Corporativo <input type="checkbox"/> Otras: |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| <b>INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (persona natural)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| Patrimonio (Pesos): <u>0</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   | Pasivos (Pesos): <u>0</u>                                                                                                         |                                     |        |        |         |
| Activos (Pesos): <u>0</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                   | Egresos mensuales (Pesos): <u>0</u>                                                                                               |                                     |        |        |         |
| Ingresos mensuales (Pesos): <u>0</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                   | Otros ingresos (Pesos): <u>0</u>                                                                                                  |                                     |        |        |         |
| Concepto/otros ingresos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| Régimen IVA: Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> Gran contribuyente <input type="checkbox"/> No responsable <input type="checkbox"/> Beneficiario Ley 1429 de 2010 <input type="checkbox"/> Autor retenedor <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:)                                                                                                                           |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| Declarante de renta: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Régimen general <input type="checkbox"/> Régimen especial <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| <b>PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (persona natural)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| ¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                   | ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |        |        |         |
| ¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   | En caso de respuesta afirmativa, especifique:                                                                                     |                                     |        |        |         |
| ¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> / Indique en caso de respuesta afirmativa (nombre completo e identificación)                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| <b>OPERACIONES INTERNACIONALES (persona natural)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| ¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿En caso afirmativo señalar que tipo de transacciones?                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Envío y/o Recepción de Giros <input checked="" type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otras                                                                                                           |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| ¿Cuál?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| ¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique:                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| Tipo de producto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | No. del producto                                                                                                  | Entidad                                                                                                                           | Monto                               | Moneda | Ciudad | País    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        |         |
| Una (1) Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        | PN X PJ |
| Una (1) fotocopia del documento de identidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        | X       |
| Una (1) fotocopia del documento de identidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                     |        |        | X       |

NIT: 900.196.366-6

Dirección: KM 2 Vía Simiti - Santa Rosa del Sur.

Líneas de atención: 314 258 10 51 // 314 258 10 42

contactenos@esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co

[www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co](http://www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co)





**E.S.E. HOSPITAL**  
**SAN ANTONIO DE PADUA SIMITI**  
BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

**DECLARACIONES (persona natural)**

Protección de datos financieros y personales: Con la suscripción de este documento, autorizo al Hospital San Antonio de Padua, para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crédito o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.

Origen de los recursos: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si verifica que me encuentro en dichas listas.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).

ESPACIO PARA HUELLA

Firma

Nombre: *Liseth Cholo*  
*Liseth Lorena Cholo Flores*

P.P. ☐ C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. Fecha de firma: *17/06/26*

**VERIFICACIÓN**

Hora: Fecha: DD / MM / AA Lugar:

Fecha: DD / MM / AA

P.P. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ No.

Firma:

Cargo:

Se certifica que se llevó a cabo la verificación de la información entregada y diligenciada SI ☐ No ☐

**OBSERVACIÓN**

Información reservada para la ESE. Hospital San Antonio de Padua

Verificación en Listas: ¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si ☐ No ☐

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual \_\_\_\_\_

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento al correo electrónico: [sarlaft@hsap.gov.co](mailto:sarlaft@hsap.gov.co)

Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_

Fecha: DD / MM / AA Hora: \_\_\_\_\_



NIT: 900.196.366-6

Dirección: KM 2 Vía Simiti - Santa Rosa del Sur.

Líneas de atención: 314 258 10 51 // 314 258 10 42

[contactenos@esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co](mailto:contactenos@esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co)

[www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co](http://www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co)





**E.S.E. HOSPITAL**  
**SAN ANTONIO DE PADUA SIMITÍ**  
BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

**ANEXO 2.**

**FORMATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE- PROVEEDOR**

**PERSONA JURIDICA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | FORMATO                                                                                                                                              |                                   | FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2023                                                                 |  |                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE - PROVEEDOR/CONTRATISTA- EMPLEADO- PERSONA JURÍDICA                                          |                                   | VERSIÓN: 01                                                                                  |  |                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                      |                                   | CODIGO: GD-GER-F-001A                                                                        |  |                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                      |                                   | PAGINA: 1 de 2                                                                               |  |                    |  |
| <b>PERSONA JURÍDICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| Nombre o denominación social:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                      | NIT:                              |                                                                                              |  |                    |  |
| E-mail para notificaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                      | Ciudad:                           |                                                                                              |  |                    |  |
| Dirección/ Domicilio principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                      | Matrícula o Registro Mercantil No |                                                                                              |  |                    |  |
| Página web de la empresa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                      | Teléfono móvil: Teléfono Fijo:    |                                                                                              |  |                    |  |
| Número de empleados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                      | Código CIU:                       |                                                                                              |  |                    |  |
| Tipo de Empresa: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                      | Actividad económica:              |                                                                                              |  |                    |  |
| <b>Representante legal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Primer apellido:                                                                                                                                     |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Segundo apellido:                                                                                                                                    |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Nombre(s):                                                                                                                                           |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Documento de identidad:                                                                                                                              |                                   | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No |  |                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Lugar de expedición:                                                                                                                                 |                                   | Fecha de expedición: DD / MM / AA                                                            |  |                    |  |
| Nacionalidad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Fecha de nacimiento: DD / MM / AA                                                                                                                    |                                   | Lugar de nacimiento:                                                                         |  |                    |  |
| <b>IDENTIFICACIÓN DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE PARTICIPACIÓN EN EL NEGOCIO Y QUE SE EVIDENCIE EN EL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL</b><br>(En caso de ser necesarios más espacios, los mismos deberán anexarse al presente formato)                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| ¿Posee prácticas de responsabilidad social? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, describa en qué ámbito: Laborales y Derechos Humanos <input type="checkbox"/> Ambientales <input type="checkbox"/> Comunidad y Sociedad <input type="checkbox"/> Prácticas con Clientes <input type="checkbox"/> Prácticas con Proveedores <input type="checkbox"/> Gobierno Corporativo <input type="checkbox"/> Otras: |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| Denominación social o nombre completo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Tipo de identificación                                                                                                                               |                                   | No. de identificación                                                                        |  | % de participación |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| <b>INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (persona jurídica)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| Patrimonio (Pesos):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Pasivos (Pesos):                                                                                                                                     |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| Activos (Pesos):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Egresos mensuales (Pesos):                                                                                                                           |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| Ingresos mensuales (Pesos):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Otros ingresos (Pesos):                                                                                                                              |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| Concepto/otros ingresos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| Régimen IVA: Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> Gran contribuyente <input type="checkbox"/> No responsable <input type="checkbox"/> Beneficiario Ley 1429 de 2010 <input type="checkbox"/> Auto retenedor <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo, señale el No. de Resolución.)                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| Declarante de renta: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Régimen general <input type="checkbox"/> Régimen especial <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| Nombre de entidad financiera donde tiene la cuenta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| <b>OPERACIONES INTERNACIONALES (persona jurídica)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| ¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo señalar que tipo de transacciones?                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Envío y/o Recepción de Girs <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otras:                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| ¿Cuál?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |
| ¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique:                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                      |                                   |                                                                                              |  |                    |  |

NIT: 900.196.366-6

Dirección: KM 2 Vía Simití - Santa Rosa del Sur

Líneas de atención: 314 258 10 S1 // 314 258 10 42

contactenos@esehospitalosanantoniodepaduasimiti.gov.co





# E.S.E. HOSPITAL

SAN ANTONIO DE PADUA SIMITI

DATA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

| Tipo de producto | No. del producto | Entidad | Monto | Moneda | Ciudad | País |
|------------------|------------------|---------|-------|--------|--------|------|
|                  |                  |         |       |        |        |      |
|                  |                  |         |       |        |        |      |
|                  |                  |         |       |        |        |      |
|                  |                  |         |       |        |        |      |

| DOCUMENTOS A ADJUNTAR                                                                                                                          |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| DOCUMENTO                                                                                                                                      | PN | PJ |
| Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio respectiva, con fecha de expedición no mayor a un (1) mes. |    |    |
| Una (1) Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT                                                                                          |    |    |
| Una (1) fotocopia del documento de identidad                                                                                                   |    |    |
| Una (1) copia del documento de identidad del representante legal.                                                                              |    |    |
| Estados financieros con corte al último año, debidamente firmados por el contador público o el revisor fiscal y el representante legal         |    |    |
| Declaración de renta del último año (si aplica)                                                                                                |    |    |

| DECLARACIONES (persona jurídica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Protección de datos financieros y personales: Con la suscripción de este documento, autorizo al _____, para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Origen de los recursos: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adición o modifiquen. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si verifica que me encuentro en dichas listas. Eximimos a la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento. |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | INFORMACIÓN RESERVADA PARA EL HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | En caso de ser positiva la respuesta indique en cual:<br>En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento al correo electrónico: sarlaft@hsap.gov.co |

|                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESPACIO PARA HUELLA                                                                                                                     |
| Firma                                                                                                                                   |
| Nombre:                                                                                                                                 |
| P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. _____ Fecha |
| de firma DD / MM / AA                                                                                                                   |
| (Se solicita la Firma, Huella y Nombre, número de cédula de forma clara)                                                                |



NIT: 900.196.366-6

Dirección: KM 2 Via Simiti - Santa Rosa del Sur

Líneas de atención: 314 258 10 51 // 314 258 10 42

contactenos@esehospitalosanantoniodepaduadesimiti.gov.co





## 22. ANEXO

Formato de Chequeo - Inducción/ Reinducción De Personal

### FORMATO DE CHEQUEO – INDUCCION / REINDUCCION DE PERSONAL

INDUCCION ☒

REINDUCCION ☐

FECHA 17 / Marzo / 2016

|                          |                             |        |                   |                |  |
|--------------------------|-----------------------------|--------|-------------------|----------------|--|
| Nombre del funcionario   | <u>lisseth lorena choig</u> | Cedula | <u>1148686588</u> | Fecha posesión |  |
| Identificación del cargo | <u>Aux. Enfermería</u>      | Código |                   | Grado          |  |
| Dependencia              |                             | Grupo  |                   |                |  |
| Ciudad                   |                             | Sede   |                   |                |  |

| No. | Tema/Actividad                     | Responsable                     | Alcance                                                                                                                                                                                                                       | Verificación Existe claridad en la información suministrada |    |
|-----|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----|
|     |                                    |                                 |                                                                                                                                                                                                                               | SI                                                          | NO |
| 1   | Presentación institucional         | Apoyo administrativo a gerencia | Origen de la unidad, ubicación en el estado, naturaleza, misión, visión, estructura orgánica y demás generalidades que le permitan al nuevo funcionario identificar claramente la entidad y su entorno                        | X                                                           |    |
| 2   | Código de Integridad               | Apoyo administrativo a gerencia | Valores del servicio publico comunes y propios de la entidad                                                                                                                                                                  | X                                                           |    |
| 3   | Identificación línea de autoridad  | Apoyo administrativo a gerencia | Presentación de superiores y cuando aplique personal a cargo con los cuales se relacionará para el cumplimiento de las funciones conforme a la ubicación del empleo                                                           | X                                                           |    |
| 4   | Manual de funciones y competencias | Apoyo administrativo a gerencia | Explicación y entrega de la ficha del empleo para el cual se posesiona conforme al manual de funciones vigente                                                                                                                | X                                                           |    |
| 5   | Ubicación del cargo                | Apoyo administrativo a gerencia | Explicación de la ubicación organizacional del cargo a desempeñar y de la ubicación física asignada (ciudad, sede, puesto de trabajo)                                                                                         | X                                                           |    |
| 6   | Administración del talento humano  | Apoyo administrativo a gerencia | Explicación sobre situaciones administrativas, movimientos de personal, condiciones laborales, seguridad social, tramite de novedades de personal y administración de la historia laboral                                     | X                                                           |    |
| 7   | Beneficios laborales               | Apoyo administrativo a gerencia | Explicación sobre salarios y prestaciones sociales, convenios, cajas de compensación y demás beneficios vigentes, así como las obligaciones que le competen directamente                                                      | X                                                           |    |
| 8   | Imagen institucional               | Apoyo administrativo a gerencia | Explicación de la presentación personal, tramites si se requiere en expedición de camé institucional, asignación de chaleco institucional cuando aplique, asignación y uso de correo institucional y comunicaciones oficiales | X                                                           |    |
| 9   | Notificación oficial electrónica   | Apoyo administrativo a gerencia | El funcionario manifiesta su expresa autorización para recibir notificaciones de carácter institucional, de manera virtual a través del correo institucional asignado y/o a través del correo personal                        | X                                                           |    |
| 10  | Seguridad y salud en el trabajo    | Apoyo administrativo a gerencia | Conocimiento del SG-SST, reporte de accidentes laborales, programas de prevención, brigadas de emergencia                                                                                                                     | X                                                           |    |
| 11  | Programa de bienestar y estímulos  | Apoyo administrativo a gerencia | Conocimiento de la existencia y alcance de las actividades, criterios, mecanismos de participación y responsabilidades                                                                                                        | X                                                           |    |
| 12  | Plan Institucional de capacitación | Apoyo administrativo a gerencia | Conocimiento de la existencia y alcance de las actividades de capacitación, mecanismos de participación y responsabilidades                                                                                                   | X                                                           |    |

Líneas de atención: 314 258 10 51 // 314 258 10 42

contactenos@esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co

www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co





**E.S.E. HOSPITAL**  
**SAN ANTONIO DE PADUA SIMITI**  
BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

|    |                                |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |  |
|----|--------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| 13 | Entrenamiento y adaptación     | Apoyo administrativo a gerencia / Jefe inmediato | Explicación de la continuidad del proceso de inducción en temas adicionales como Régimen Disciplinario, Sistema Integrado de Gestión, Gestión Documental, recepción y uso de bienes, seguridad de la información, uso de aplicativos, entrenamiento en las tareas propias del cargo, conocimiento acta de entrega del cargo del funcionario antecesor, las cuales serán direccionadas por el jefe inmediato y los líderes de cada tema, aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X |  |
| 14 | Incorporación al área asignada | Jefe inmediato                                   | Presentación formal e incorporación al grupo asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X |  |

Acepto haber recibido inducción sobre los temas arriba descritos.

A los 17 días del mes de Marzo del año 2006 se cierra el presente programa de inducción y en constancia firman:

Liseth Chois

Firma del funcionario

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable de la inducción  
(Apoyo administrativo a Gerencia)

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable de la inducción  
(Jefe inmediato o supervisor)



NIT: 900.196.366-6

Dirección: KM 2 Vía Simiti - Santa Rosa del Sur.

Líneas de atención: 314 258 10 51 // 314 258 10 42

[contactenos@esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co](mailto:contactenos@esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co)

[www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co](http://www.esehospitalsanantoniodepaduadesimiti.gov.co)





## FORMATO AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS

El(la)suscrito(a) lisseth lorena cholo florct

identificado(a) con C.C. X C.E.      P.P.      No. 1148685588

expedido(a) en Simiti (Bolívar), mediante el presente documento y de manera libre y voluntaria, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, autorizo a la Empresa Social del Estado San Antonio de Padua de Simiti para realizar el proceso de verificación del siguiente título académico:

Programa: Auxiliar en enfermería

Universidad: cedep

En constancia se suscribe la presente autorización en la ciudad de Simiti, a los 11 días del mes de Marzo del año 2026.

Firma lisseth cholo

Nombre lisseth lorena cholo florct

No. Documento 1148685588

Teléfono 3229837900

Correo electrónico: lorenacholo@gmail.com







**CENTRO DE  
ENTRENAMIENTO  
EN SALUD**

**CERTIFICA QUE:**

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**  
1148685588

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:**

**HUMANIZACION EN SERVICIOS DE SALUD**  
CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS

En testimonio de lo anterior se firma el día 26 de marzo de  
2026 Vigencia dos años desde la fecha de expedición del  
certificado.

**LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO**  
DIRECTOR ACADÉMICO.  
Nit: 901250460-5

**VÍCTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS**  
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL  
R.M. 70366/98

Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DURSE.  
Verificar en [www.centroentrenamientosalud.com](http://www.centroentrenamientosalud.com)





# CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

**CERTIFICA QUE:**

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**  
1148685588

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO:**

**DENGUE Y DISCAPACIDAD**  
CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS

En testimonio de lo anterior se firma el día 26 de marzo de  
2026 Vigencia dos años desde la fecha de expedición del  
certificado.

**LIZETH CAROLINA MORA SANGREGORIO**  
DIRECTOR ACADÉMICO.

Nit: 901250460-5

**VICTOR JULIO RIVEROS CONTRERAS**  
MEDICO Y CIRUJANO - ESP. EN SEGURIDAD SOCIAL  
R.M. 70366/98

Autorizados por el decreto 1075 de 2015 - DURSE.  
Verificar en [www.centroentrenamientosalud.com](http://www.centroentrenamientosalud.com)



**Señor(a)**

**LISETH LORENA CHOLLO FLOREZ**

**Cordial saludo,**

**Usted acaba de hacer una Solicitud para la expedición del registro de título, con No. de radicación 2026012200000800 a través de la plataforma SAFE. De acuerdo con lo anterior, es preciso informarle que las notificaciones del proceso se harán por este medio, deberá estar atento para continuar con el proceso.**

**El tiempo de expedición de la resolución es de 15 días hábiles y la actualización del Rethus se produce en los primeros 5 días del mes siguiente al de la fecha de la misma.**

**El registro en Rethus para requerimientos actuales se refleja en un término no superior a 15 días calendario posteriores a su solicitud.**

9:27 a. m.





Lorena Cholo &lt;lorenacholo24@gmail.com&gt;

---

**[SAFE] RADICACIÓN DE SOLICITUD**1 mensaje

---

**Información SAFE** <notificacion\_safe@prixmasol.net>

18 de marzo de 2026 a las 12:10 p.m.

Para: LISETH LORENA CHOLO FLOREZ &lt;lorenacholo24@gmail.com&gt;

Señor(a)

**LISETH LORENA CHOLO FLOREZ**

Cordial saludo,

Usted acaba de hacer una Solicitud para la expedición del registro de título, con No. de radicación **2026031800002340** a través de la plataforma **SAFE**. De acuerdo con lo anterior, es preciso informarle que las notificaciones del proceso se harán por este medio, deberá estar atento para continuar con el proceso.

El tiempo de expedición de **la resolución** es de **15 días hábiles** y la actualización del Rethus se produce en los primeros **5 días del mes siguiente** al de la fecha de la misma.

El registro en **Rethus** para requerimientos actuales se refleja en un término no superior a **15 días calendario** posteriores a su solicitud.

- **Si usted desea realizar un seguimiento de su solicitud y ver la línea de tiempo** [Clic Aquí](#).

Agradecemos no responder a este mensaje, ni repetir solicitudes ya notificadas; para no saturar los buzones ni entorpecer el proceso; dado caso, serán anuladas en su totalidad.

Agradecemos su atención sobre el particular.

**Registro Profesionales**