


	FORMATO MODELO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PERSONA NATURAL	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GRF-BI003F26
			VERSIÓN: 00
			FECHA: 31/12/2024

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ” E.S.E. – Y GERARDO LEONEL FLORES ESCOBAR

CONTRATO No.:	356-2026GH
CONTRATISTA:	GERARDO LEONEL FLORES ESCOBAR
IDENTIFICACIÓN:	400.655
DIRECCIÓN:	Calle 17 40 B 320
CORREO ELECTRÓNICO:	mdgerardofe@gmail.com
TELÉFONO:	3165202363
OBJETO:	EL CONTRATISTA se obliga a prestar a EL HOSPITAL, sus servicios especializados en Cirugía Cardiovascular, en áreas de urgencias, hospitalización, Unidad de cuidados intensivos e intermedios adultos (Ronda e interconsultas), consulta externa, cirugía, procedimientos quirúrgicos urgentes y electivos.
VALOR EN NÚMEROS:	(\$33.825.554)
VALOR EN LETRAS:	TREINTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M.L.
PLAZO:	Desde el (01) de mayo de 2026 hasta el 30 de junio de 2026
RESPALDO PRESUPUESTAL:	El presente contrato se encuentra amparado con el certificado de disponibilidad presupuestal número 2202600657 y se pagará con cargo al rubro presupuestal 2.1.2.02.02.009.07, para la presente vigencia fiscal.

JUAN DAVID ARTEAGA FLOREZ, con Cédula de Ciudadanía No. 71.735.992, nombrado como Gerente y Representante Legal, mediante Decreto Municipal No. 0072 del 21 de enero de 2026 y debidamente posesionado mediante Acta de Posesión No. 0150 del 22 de enero de 2026, facultado para contratar, actuando en calidad de Gerente del **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ”**, Empresa Social del Estado del orden municipal reestructurado como tal, mediante el Decreto N° 1328 del 15 de noviembre de 1994, con Nit. 890.904.646-7 quien en adelante se denominará EL HOSPITAL, y GERARDO LEONEL FLORES ESCOBAR mayor de edad, con Cédula de Ciudadanía No. 400.655 quien actúa en nombre propio y en adelante se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente contrato de prestación de servicios, que se regirá por las siguientes cláusulas generales y específicas:

- I. **VALOR:** El valor del presente contrato es por la suma (\$33.825.554) – TREINTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M.L incluidos todos los impuestos y la totalidad de costos directos e indirectos a que haya lugar.
- II. **FORMA DE PAGO:** Mes vencido 30 días después de presentada la cuenta previa verificación del cumplimiento de todas las obligaciones del contrato. Cargo Fijo Mensual por valor de \$ 16.912.777

	FORMATO MODELO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PERSONA NATURAL	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GRF-BI003F26
			VERSIÓN: 00
			FECHA: 31/12/2024

III. PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN: El plazo del presente contrato será el comprendido desde el primero (01) de mayo de 2026 hasta el treinta (30) de junio de 2026 y se ejecutará en cualquiera de las sedes que tenga habilitadas **EL HOSPITAL** o donde **EL HOSPITAL** lo requiera.

IV. SUPERVISIÓN: El Gerente de **EL HOSPITAL** con base en la Ley 489 de 1998 en sus artículos 9° y siguientes, el artículo 55° del Acuerdo 110 de 2014 de Junta Directiva, la Ley 1474 de 2011 y demás normativa vigente aplicable al caso y sus modificaciones, designará un supervisor principal y un supervisor suplente para el seguimiento a la ejecución contractual.

V. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE EL CONTRATISTA: Son obligaciones específicas del CONTRATISTA las siguientes:

1. Prestar a EL HOSPITAL, sus servicios profesionales para atender las actividades de acuerdo a sus conocimientos profesionales en la especialidad de Cirugía Cardiovascular
2. Prestar los servicios en el proceso y subprocesos contratados en términos de calidad, oportunidad y eficiencia.
3. Observar el debido respeto, atención y cortesía, tanto con el personal de El Hospital, como con los usuarios y el público. Así mismo, se compromete a cumplir con todas las normas que EL HOSPITAL tiene establecidas.
4. Cada vez que ocurra un accidente de trabajo o cuando EL HOSPITAL lo requiera, EL CONTRATISTA deberá reportarlo al área de salud ocupacional de EL HOSPITAL y posterior a éste la respectiva investigación
5. Cumplir a cabalidad con los requerimientos realizados por El Hospital y cualquier otra obligación o deber estipulado en la Ley o en la propuesta presentada por EL CONTRATISTA, la cual hace parte integral del presente contrato.
6. Participar activamente en la realización, revisión y actualización de Protocolos y Guías de Manejo de su competencia.
7. Participar activamente en todos los procesos tendientes al cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
8. Apoyar la gestión de las glosas que se deriven de sus actividades como Médico Especialista, respondiendo oportunamente y con celeridad los requerimientos que de las áreas de Auditoría Médica y/ Facturación surjan, así mismo responder pecuniariamente por aquellas glosas atribuibles a su ejercicio y a las cuales no haya dado respuesta satisfactoria.
9. En caso de causa de fuerza mayor y/o caso fortuito que impida la prestación del servicio en determinado momento, EL CONTRATISTA enviará oportunamente a EL HOSPITAL (Con 1 mes de anticipación), la debida justificación de este y la posible solución a dicha eventualidad, En este caso se reevaluará la prestación de este servicio específico en conjunto con el interventor del contratar.
10. Participar en las actividades docentes, académicas y pedagógicas que le sean designadas con ocasión de la condición de Hospital Universitario
11. Responder las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias que le sean enviadas por parte del supervisor del contrato en un tiempo menor o igual a 5 días calendario una vez sea recibidas.
12. Para efectos de organización y con el fin brindar una adecuada prestación de los servicios, el contratista y el Interventor del Contrato dispondrán mensualmente de un cronograma de

	FORMATO MODELO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PERSONA NATURAL	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GRF-BI003F26
			VERSIÓN: 00
			FECHA: 31/12/2024

actividades el cual debe estar disponible para fuente de consulta entre el día 20 y el día 23 de cada mes.

13. Analizar los eventos asociados a la atención en salud que le fueren asignados y participar en la construcción de planes de mejoramiento si diere lugar a ello. (Seguridad del Paciente)
14. Aportar la documentación necesaria adicional para el ejercicio de sus funciones de acuerdo con la normatividad vigente y sus modificaciones.
15. Aplicar modelo de atención del paciente en la institución, garantizando información clara al paciente y su familia, mediante un trato digno y humanizado, velando por el cumplimiento de los derechos de los pacientes durante el proceso de atención.
16. Participar en la elaboración del informe de gestión del grupo de Cirugía Cardiovascular el cual será presentado por el líder del programa o a quien el delegue para tal fin.
17. Cumplir con el programa de higiene de Manos institucional
18. Cumplir con las normas institucionales de comportamiento en quirófano
19. Para el caso del desempeño clínico, el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN, revisando el entorno cercano, y teniendo en cuenta la seguridad en el proceso de atención, determinó los siguientes tiempos de desempeño:

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: Ronda a paciente hospitalizado 1ª. Vez: 30 minutos; Ronda de seguimiento a paciente hospitalizado 20; Consulta de primera vez 30; Consulta de revisión postquirúrgica 20; Consulta de control por especialidad 20; Interconsulta 30 minutos; Reunión académica 60 minutos por semana.

El seguimiento de las actividades desarrolladas durante el periodo se realizará a través de la transacción ZISHTR0013 la cual debe estar adjunta a la cuenta de cobro

Parágrafo 1: Se recomienda al Personal Asistencial portar al interior de la institución pijama de color azul.

Parágrafo 2: Se prohíbe el porte de Pijamas, carnets, entre otros elementos, que identifiquen otras Instituciones Hospitalarias al interior del **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN "LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ"**.



Hacen parte integral del presente contrato las cláusulas generales contenidas en su anexo, las cuales son leídas y aceptadas por las Partes. Para constancia de lo anterior, firman las partes el treinta (30) de abril de 2026.


EL HOSPITAL,


JUAN DAVID ARTEAGA FLOREZ
Gerente
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

EL CONTRATISTA,


GERARDO LEONEL FLORES ESCOBAR
C.E. 400.655

Actuación	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró	Liliana María Agudelo Torres	Abogada Contratista	
Aprobó	María Alejandra Henao Rivera	Jefe Oficina Jurídica	

	FORMATO MODELO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PERSONA NATURAL	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GRF-BI003F26
			VERSIÓN: 00
			FECHA: 31/12/2024

cobro, las constancias de pago correspondientes a seguridad social. 14. Será obligación especial de EL CONTRATISTA conocer y cumplir con todas las normas relacionadas con el sistema de seguridad social integral y muy especialmente con las normas y procedimientos del Sistema Único de Habilitación, Normas ISO, Ambiental, sistema de seguridad y salud en el trabajo, Acreditación, estándares de Calidad y Cultura Organizacional del Hospital, enmarcado dentro del cumplimiento obligatorio del Sistema de Garantía en Calidad del Sector Salud. 15. Utilizar los equipos y elementos de protección personal requeridos por EL HOSPITAL. 16. Conocer y cumplir con el anexo técnico del sistema de seguridad y salud en el trabajo, el cual deberá ser consultado en la página web de EL HOSPITAL: hgm.gov.co. 17. Cumplir a cabalidad con los requerimientos realizados por EL HOSPITAL y cualquier otra obligación o deber estipulado en la normativa vigente. 18. Observar el debido respeto, atención y cortesía, tanto con el personal de EL HOSPITAL, como con los usuarios y el público en general. 19. Cumplir con todas las normas que EL HOSPITAL tiene establecidas, tales como: 19.1. Cada que ocurra un accidente de trabajo o cuando EL HOSPITAL lo requiera, EL CONTRATISTA deberá reportarlo al área de Seguridad en el Trabajo y posterior a este colaborar con la respectiva investigación. 19.2. Cumplir a cabalidad con los requerimientos realizados por EL HOSPITAL y cualquier otra obligación o deber estipulado. 20. En caso de fuerza mayor y/ocaso fortuito debidamente comprobado, que impida la prestación del servicio en determinado momento, EL CONTRATISTA, enviará oportunamente a EL HOSPITAL la debida justificación del mismo y la posible solución a dicha eventualidad, en este caso se reevaluará la prestación de este servicio específico en conjunto con el supervisor y/o interventor del contrato. 21. Participar en las actividades docentes, académicas y pedagógicas que le sean designadas con ocasión de la condición de Hospital Universitario. 22. Participar en las actividades investigativas y de innovación que le sean designadas con ocasión de la condición de Hospital Universitario, en los casos que específicamente aplique. 23. Mantener actualizados los cursos requeridos según el objeto contractual y las obligaciones a ejecutar de conformidad con los parámetros estipulados en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social. 24. Mantener actualizado el formato de hoja de vida y la declaración juramentada de bienes y rentas en la página del SIGEP. 25. El contratista se obliga a gestionar y obtener, a su cargo, todas las licencias, permisos, pólizas y autorizaciones administrativas que pudieren ser necesarias para la realización de los servicios objeto del presente contrato. 26. El contratista y sus dependientes deberán participar y certificar en los Programas de Inducción o reinducción que realice EL HOSPITAL, así como en las capacitaciones que involucren los procesos de Calidad, Certificación y Acreditación. Cuando EL HOSPITAL deba pagar el valor de alguna capacitación y en esta deba participar el contratista, éste último cubrirá el valor de la capacitación, sin que esto genere una relación laboral con a EL HOSPITAL. 27. EL CONTRATISTA deberá contar con el esquema de vacunación completo contra hepatitis B (3 dosis) más titulación y varicela y/o titulación al momento de ingresar a las instalaciones de EL HOSPITAL, en la ejecución del contrato. 28. El contratista debe garantizar durante sus operaciones, portar los documentos de identidad, los carnés/certificados de afiliación de ARL, EPS, durante el tiempo que permanezca prestando el servicio. **B) OBLIGACIONES GENERALES DE EL HOSPITAL:** 1. Permitir y garantizar la efectiva realización de las actividades propias del objeto del contrato. 2. Permitir el uso de las instalaciones y elementos del HOSPITAL que sean necesarios para el desarrollo de las actividades del CONTRATISTA. 3. Suministrar la información requerida por EL CONTRATISTA para la ejecución del contrato. 4. EL HOSPITAL dispondrá para la ejecución del presente contrato de todos los recursos físicos, tecnológicos y humanos con que cuente para la prestación del servicio en cada una de las áreas en que se desarrolla y ejecuta el presente contrato. Será responsabilidad directa de EL HOSPITAL la actualización y/o renovación tecnológica necesaria e indispensable para la prestación del servicio objeto del presente contrato, máquinas, equipos y programas de computación, actualización de software o hardware, entre otros. **TERCERA: SISTEMA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO -SARLAFT- EL CONTRATISTA**



FORMATO
MODELO CONTRATO
DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS DE PERSONA
NATURAL


GESTIÓN DE RECURSOS
FÍSICOS
GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN
DE BIENES Y SERVICIOS

CÓDIGO: AP-GRF-BI003F26

VERSIÓN: 00

FECHA: 31/12/2024

declara que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades de lavado de dineros provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. **Parágrafo:** Para proceder a la verificación de la anterior declaración, **EL CONTRATISTA** autoriza a la entidad para que consulte en la lista internacional vinculante para Colombia de conformidad con el derecho internacional (lista de las Naciones Unidas), la lista emitida por la Oficina de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América y aquellas otras listas o bases de datos públicas o privadas donde se relacionen personas presuntamente vinculadas a cualquier actividad ilícita. **CUARTA:** El pago estará sujeto al cumplimiento de unos indicadores de efectividad que serán revisados mensualmente entre supervisor y **EL CONTRATISTA**, para efectuar el pago de acuerdo con dichas actividades, además, de los trámites administrativos a que haya lugar, para lo cual se deben presentar y entregar previamente los siguientes documentos: a. Copias de los documentos que acrediten el correspondiente pago del mes de sus obligaciones derivadas de la vinculación al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, de conformidad con lo establecido en las normas vigentes sobre la materia. b. Informe al supervisor de actividades adelantadas por **EL CONTRATISTA**, en el respectivo periodo. c. La evidencia de documentos que soporten el informe de actividades. d. Certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato. e. **EL CONTRATISTA** deberá presentar la factura y/o cuenta de cobro sobre los servicios efectivamente prestados; dentro del periodo establecido por la Entidad para los pagos, con el lleno de los requisitos legales y contractuales correspondientes; una vez presentada la factura **EL HOSPITAL** tendrá treinta (30) días corridos para pagar la misma, previo visto bueno de recibo a satisfacción dada por el supervisión del contrato; para que empiece a correr el término de treinta (30) días el contratista deberá radicar la factura y/o cuenta de cobro en las instalaciones de **EL HOSPITAL** con el lleno de los requisitos administrativos legales y tributarios. **Parágrafo Primero:** En caso de presentarse en el desarrollo del contrato modificaciones al mismo tales como: suspensión, cesión, terminación anticipada, entre otras situaciones que afecten e plazo de ejecución contractual, se cancelará el valor proporcional correspondiente a los días de servicio prestados. Para efectos de establecer la proporción, todos los meses, sin importar el número de días que tengan, se calcularán con base en treinta (30) días. No obstante, los pagos serán cancelados en pesos colombianos mediante consignaciones en la cuenta bancaria informada por **EL CONTRATISTA**, previos los descuentos de ley. **Parágrafo Segundo:** Cualquier servicio prestado por **EL CONTRATISTA** y que no cuente con autorización expresa por parte de **EL HOSPITAL** correrá por cuenta de **EL CONTRATISTA** sin que **EL HOSPITAL** este obligado a reconocer ningún concepto por tal servicio. **Parágrafo Tercero:** Las partes acuerdan que la retribución de honorarios reconocidos por **EL HOSPITAL** a **EL CONTRATISTA**, durante la vigencia del contrato y/o de su prórroga, incluye el reconocimiento de Know How, Good Will y crecimiento corporativo o empresarial que se pueda generar por la prestación de servicios de **EL CONTRATISTA** si es el caso, razón por la cual no existirá ningún derecho a reclamar por parte de **EL CONTRATISTA** en este sentido en el transcurso del contrato, ni a la terminación del mismo. **Parágrafo Cuarto:** **EL CONTRATISTA** deberá garantizar la cobertura del servicio para el que fue contratado, respetando, el cronograma de actividades pactado con el supervisor siempre y se obliga a prestar sus servicios con calidad y oportunidad. **Parágrafo Quinto:** **EL HOSPITAL** descontará del valor a pagar pactado de la presente cláusula el valor de las glosas definitivas que se hubieren originado en acciones u omisiones imputables a **EL CONTRATISTA**. **Parágrafo Sexto:** El pago del valor del presente contrato se realizará por honorarios cada mes previa verificación entre **EL CONTRATISTA** y el supervisor de **EL HOSPITAL** de la calidad del servicio prestado, autorizando el pago del valor facturado conforme a lo establecido en el presente contrato. **Parágrafo Séptimo:** **EL CONTRATISTA** deberá facturar mensualmente en las fechas establecidas por **EL HOSPITAL**. **QUINTA: CONDICIONES DE LA SUPERVISIÓN- Parágrafo Primero: OBLIGACIONES DEL SUPERVISOR.** 1) Vigilar el cumplimiento del objeto del contrato. 2) Resolver

	FORMATO ACTA DE DESIGNACIÓN COMO SUPERVISOR	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GRF-BI006F01
			VERSIÓN: 03
			FECHA: 03/07/2025

Fecha: 01 de mayo de 2026

El suscrito Gerente del Hospital General de Medellín "Luz Castro de Gutiérrez" E.S.E. con fundamento en la Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y demás normativa vigente aplicable al caso, le comunica que se le ha designado para que realice las funciones como supervisor del siguiente contrato.

GRADO DE RESPONSABILIDAD

- Mediante la suscripción de la presente acta, el Supervisor (es) asume plena responsabilidad por las funciones establecidas en el "Procedimiento de Supervisión e Interventoría AP-GRF-BS06"

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO


Contrato número:	356-2026GH
Objeto del contrato:	EL CONTRATISTA se obliga a prestar a EL HOSPITAL, sus servicios especializados en Cirugía Cardiovascular, en áreas de urgencias, hospitalización, Unidad de cuidados intensivos e intermedios adultos (Ronda e interconsultas), consulta externa, cirugía, procedimientos quirúrgicos urgentes y electivos.
Supervisor (es) Designado:	Juan Camilo Betancur Ruiz Director de Clínicas Quirúrgicas
Contratista:	GERARDO LEONEL FLORES ESCOBAR
Valor Inicial del contrato:	(\$33.825.554)
Duración del contrato:	Desde el primero (01) de mayo de 2026 hasta el treinta (30) de junio de 2026

ACTIVIDADES

ACTIVIDADES: Las actividades a desarrollar por el supervisor serán las contempladas en el Manual de Supervisión e Interventoría del Hospital General de Medellín, denominado y codificado como "Manual de Supervisión e Interventoría: AP-GRF-BI006M02" en el Sistema de Gestión Integral de Calidad, y el procedimiento denominado y codificado como "Procedimiento de Interventoría AP-GRF-BI006" en el Sistema de Gestión Integral de Calidad, en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, la Ley 1474 de 2011 y demás normativa vigente aplicable al caso.

El supervisor ejercerá funciones de supervisión y vigilancia técnica, administrativa y financiera del contrato.

El supervisor designado en cada caso, puede ser sustituido en cualquier momento por El Hospital, en este evento el supervisor sustituido deberá presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la sustitución el informe de su gestión.

	FORMATO ACTA DE DESIGNACIÓN COMO SUPERVISOR	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GRF-BI006F01
			VERSIÓN: 03
			FECHA: 03/07/2025

El supervisor suplente ejercerá funciones de supervisión y vigilancia técnica, administrativa y financiera del contrato, en caso de faltas temporales del Supervisor principal.

El ejercicio de las funciones de supervisor sólo podrá suspenderse, siempre y cuando el Hospital haya aceptado el cambio en la designación y se haya notificado la sustitución al nuevo supervisor.



La asignación de funciones de supervisión de contratos es inherente al desempeño de las funciones ordinarias de los servidores públicos, salvo que se requieran conocimientos específicos, por lo anterior, el ejercicio de las funciones de supervisión es inmediato a la notificación de dicha designación.

Informes. El supervisor, presentará informes sobre la ejecución del objeto contractual, con copia al expediente contractual existente en la Entidad.



JUAN DAVID ARTEAGA FLOREZ
Gerente
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN


JUAN CAMILO BETANCUR RUIZ
Director de Clínicas Quirúrgicas
Supervisor Designado

Actuación	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró	Liliana María Agudelo Torres	Abogada Contratista	
Revisó	Juan Camilo Betancur Ruiz	Director de Clínicas Quirúrgicas	
Aprobó	María Alejandra Henao Rivera	Jefe oficina Jurídica	

	FORMATO ACTA DE INICIO DE CONTRATO	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GRF-BI006F02
			VERSIÓN: 01
			FECHA: 01/04/2015

ACTA DE INICIO


CONTRATO No.:	356-2026GH
CONTRATISTA:	GERARDO LEONEL FLORES ESCOBAR
IDENTIFICACIÓN:	400.655
DIRECCIÓN:	Calle 17 40 B 320
CORREO ELECTRÓNICO:	mdgerardofe@gmail.com
TELÉFONO:	3165202363
OBJETO:	EL CONTRATISTA se obliga a prestar a EL HOSPITAL, sus servicios especializados en Cirugía Cardiovascular, en áreas de urgencias, hospitalización, Unidad de cuidados intensivos e intermedios adultos (Ronda e interconsultas), consulta externa, cirugía, procedimientos quirúrgicos urgentes y electivos.
VALOR EN NÚMEROS:	(\$33.825.554)
VALOR EN LETRAS:	TREINTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M.L.
PLAZO:	Desde el (01) de mayo de 2026 hasta el 30 de junio de 2026
RESPALDO PRESUPUESTAL:	El presente contrato se encuentra amparado con el certificado de disponibilidad presupuestal número 2202600657 y se pagará con cargo al rubro presupuestal 2.1.2.02.02.009.07, para la presente vigencia fiscal.

El CONTRATISTA, y el SUPERVISOR (A) designado, damos inicio al contrato de la referencia.

El SUPERVISOR designado deberá cumplir con lo estipulado en la Ley 1474 de 2011 y demás disposiciones, verificando el cumplimiento de cada una de las obligaciones pactadas en el contrato y realizando los informes pertinentes como soporte de los pagos que deba realizarse al CONTRATISTA.

Para el desarrollo del contrato es indispensable acogerse a las actividades y condiciones derivadas de la necesidad justificada de la dependencia solicitante y las estipuladas en el contrato; cualquier modificación debe convenirse entre las partes y dejarse por escrito mediante Otrosí al contrato inicial.

El CONTRATISTA manifiesta que conoce y se compromete a aplicar las normas y

	FORMATO ACTA DE INICIO DE CONTRATO	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GRF-BI006F02
			VERSIÓN: 01
			FECHA: 01/04/2015


especificaciones consignadas en los términos de este contrato y todas las normas técnicas y reglamentaciones que regulen la materia aplicable para la ejecución del objeto del contrato.

Conforme a lo previsto en el contrato, se suscribe la presente acta de inicio el día primero (01) de mayo de 2026.


JUAN CAMILO BETANCUR RUIZ
 Director de Clínicas Quirúrgicas
 Supervisor Designado


GERARDO LEONEL FLORES ESCOBAR
 400.655
 Cédula de Extranjería
 Contratista

Actuación	Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Elaboró	Liliana María Agudelo Torres	Abogada Contratista	
Revisó	Juan Camilo Betancur Ruiz	Director de Clínicas Quirúrgicas	
Aprobó	María Alejandra Henao Rivera	Jefe oficina Jurídica	

 <p>Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.</p>	<p>FORMATO NECESIDAD JUSTIFICADA Y SOLICITUD DE ELABORACIÓN DE CONTRATO</p>	<p>GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</p>	<p>CÓDIGO: AP-GRF-BI003F02</p> <p>VERSIÓN: 03</p> <p>FECHA: 06/09/2023</p>
--	---	--	--

CIUDAD	Medellín	FECHA	Día: 29	Mes: Abril	Año: 2026
--------	----------	-------	---------	------------	-----------

NECESIDAD JUSTIFICADA	
¿QUÉ? (¿Qué se va a contratar?)	¿POR QUÉ? (¿Por qué se va a contratar?)
<p>Prestación de servicios profesionales en Cirugía Cardiovascular</p>	<p>Dentro del Portafolio de Servicios institucional, se encuentra que la subespecialidad Cirugía cardiovascular, será ofertada a los usuarios que hagan uso de los servicios que la institución brinda, es por esto que para darle cumplimiento a nuestro portafolio de servicios que se solicita este especialista ,lo que nos permite satisfacer las necesidades de nuestros clientes generando valor mediante la prestación de un servicio especializado de alta complejidad</p> <p>E Es importante resaltar que esta prestación de servicio ya se tiene contemplado en la capacidad instalada de la organización, y hace parte del grupo de especialistas contemplados para la especialidad de Cirugía Cardiovascular.</p>
<p>RESULTADO ESPERADO</p>	<p>EL CONTRATISTA se obliga a prestar a EL HOSPITAL, sus servicios especializados en Cirugía Cardiovascular, en áreas de urgencias, hospitalización, Unidad de cuidados intensivos e intermedios adultos (interconsultas) consulta externa, cirugía. procedimientos quirúrgicos urgentes y electivos satisfaciendo las necesidades del usuario y su familia.</p> <p>Acreditar la condición como Médico especialista en Cirugía cardiovascular contando con el título que certifique dicha profesión con una experiencia mayor o igual a 24 meses.</p> <p>Aportar toda la documentación requerida para su contratación.</p> <p>Cumplir a cabalidad con los requerimientos realizados por El Hospital y cualquier otra obligación o deber estipulado en la Ley y en el contrato que se firme entre las partes.</p> <p>Cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de Soporte Vital Básico o Avanzado 2. Certificación elaboración curso de Manejo del Dolor y/o Cuidados Paliativos. 3. Certificación elaboración curso de Gestión del Duelo. 4. Certificación elaboración curso en Formación del Cuidado del Donante. 5. Certificación elaboración curso a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia
<p>REQUISITOS GENERALES DEL CONTRATISTA</p>	<p>Para mantener la oferta y cumplir la promesa de Servicios. Dado que la subespecialidad investiga y maneja situaciones de pacientes para proponer y realizar tratamientos médicos y quirúrgicos multidisciplinarios a las afecciones primarias y secundarias, adquiridas y congénita del sistema cardiovascular, los grandes vasos, el sistema vascular periférico y el sistema vascular pulmonar, nos permite brindar una atención altamente especializada a quien requiera el servicio .</p>
<p>REQUISITOS ESPECÍFICOS DE HABILITACIÓN - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019. (Si Aplica)</p>	<p>1. Certificado de Soporte Vital Básico o Avanzado</p> <p>2. Certificación elaboración curso de Manejo del Dolor y/o Cuidados Paliativos.</p> <p>3. Certificación elaboración curso de Gestión del Duelo.</p> <p>4. Certificación elaboración curso en Formación del Cuidado del Donante.</p> <p>5. Certificación elaboración curso a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia</p>

 Hospital General de Medellín Luc Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO NECESIDAD JUSTIFICADA Y SOLICITUD DE ELABORACIÓN DE CONTRATO	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GRF-BI003F02
			VERSIÓN: 03
FECHA: 06/09/2023			

SOLICITUD DE ELABORACIÓN DE CONTRATO			
CONTRATISTA		NIT	
REPRESENTANTE LEGAL		C.C.	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX
CORREO ELECTRÓNICO			

SUBGERENTE SOLICITANTE	Nadia Paola Guevara Umaña, Procesos Asistenciales	C. COSTOS	C400
CARGO Y NOMBRE SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DEL CONTRATO	Juan Camilo Betancur Ruiz, Director de Clínicas Quirúrgicas		
CONVENIO No.	No aplica	SUSCRITO	CON

OBJETO DEL CONTRATO	<p>EL CONTRATISTA se obliga a prestar a EL HOSPITAL, sus servicios especializados en Cirugía Cardiovascular, en áreas de urgencias, hospitalización, Unidad de cuidados intensivos e Intermedios adultos (Ronda e Interconsultas), consulta externa, cirugía, procedimientos quirúrgicos urgentes y electivos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prestar a EL HOSPITAL, sus servicios profesionales para atender las actividades de acuerdo a sus conocimientos profesionales en la especialidad de Cirugía Cardiovascular 2. Prestar los servicios en el proceso y subprocesos contratados en términos de calidad, oportunidad y eficiencia. 3. Observar el debido respeto, atención y cortesía, tanto con el personal de El Hospital, como con los usuarios y el público. Así mismo, se compromete a cumplir con todas las normas que EL HOSPITAL tiene establecidas. 4. Cada vez que ocurra un accidente de trabajo o cuando EL HOSPITAL lo requiera, EL CONTRATISTA deberá reportarlo al área de salud ocupacional de EL HOSPITAL y posterior a éste la respectiva investigación 5. Cumplir a cabalidad con los requerimientos realizados por El Hospital y cualquier otra obligación o deber estipulado en la Ley o en la propuesta presentada por EL CONTRATISTA, la cual hace parte integral del presente contrato. 6. Participar activamente en la realización, revisión y actualización de Protocolos y Guías de Manejo de su competencia. 7. Participar activamente en todos los procesos tendientes al cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. 8. Apoyar la gestión de las glosas que se deriven de sus actividades como Médico Especialista, respondiendo oportunamente y con celeridad los requerimientos que de las áreas de Auditoría Médica y/ Facturación surjan, así mismo responder pecuniariamente por aquellas glosas atribuibles a su ejercicio y a las cuales no haya dado respuesta satisfactoria. 9. En caso de causa de fuerza mayor y/o caso fortuito que impida la prestación del servicio en determinado momento, EL CONTRATISTA enviará oportunamente a EL HOSPITAL (Con 1 mes de anticipación), la debida justificación de este y la posible solución a dicha eventualidad. En este caso se reevaluará la prestación de este servicio específico en conjunto con el interventor del contratar. 10. Participar en las actividades docentes, académicas y pedagógicas que le sean designadas con ocasión de la condición de Hospital Universitario
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ATENCIÓN EXCELENTE Y CALIDAD DE VIDA

	<p>FORMATO NECESIDAD JUSTIFICADA Y SOLICITUD DE ELABORACIÓN DE CONTRATO</p>	<p>GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</p>	<p>CÓDIGO: AP-GRF-BI003F02</p> <p>VERSIÓN: 03</p> <p>FECHA: 06/09/2023</p>
---	---	--	--

<p>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</p>	<p>Hospital Universitario.</p> <p>12. Responder las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias que le sean enviadas por parte del supervisor del contrato en un tiempo menor o igual a 5 días calendario una vez sea recibidas.</p> <p>13. Para efectos de organización y con el fin brindar una adecuada prestación de los servicios, el contratista y el Interventor del Contrato dispondrán mensualmente de un cronograma de actividades el cual debe estar disponible para fuente de consulta entre el día 20 y el día 23 de cada mes.</p> <p>14. Analizar los eventos asociados a la atención en salud que le fueren asignados y participar en la construcción de planes de mejoramiento si diere lugar a ello.(Seguridad del Paciente)</p> <p>15. Aportar la documentación necesaria adicional para el ejercicio de sus funciones de acuerdo con la normatividad vigente y sus modificaciones.</p> <p>16. Aplicar modelo de atención del paciente en la institución, garantizando información clara al paciente y su familia, mediante un trato digno y humanizado, velando por el cumplimiento de los derechos de los pacientes durante el proceso de atención.</p> <p>17. Participar en la elaboración del informe de gestión del grupo de Cirugía Cardiovascular el cual será presentado por el líder del programa o a quien el delegue para tal fin.</p> <p>18. Cumplir con el programa de higiene de Manos institucional</p> <p>19. Cumplir con las normas institucionales de comportamiento en quirófano</p> <p>20. Para el caso del desempeño clínico, el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN, revisando el entorno cercano, y teniendo en cuenta la seguridad en el proceso de atención, determinó los siguientes tiempos de desempeño:</p> <p>CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: Ronda a paciente hospitalizado 1ª. Vez: 30 minutos; Ronda de seguimiento a paciente hospitalizado 20; Consulta de primera vez 30; Consulta de revisión postquirúrgica 20; Consulta de control por especialidad 20; Interconsulta 30 minutos; Reunión académica 60 minutos por semana.</p> <p>El seguimiento de las actividades desarrolladas durante el periodo se realizará a través de la transacción ZISHTR0013 la cual debe estar adjunta a la cuenta de cobro</p>
<p>OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE</p>	<ol style="list-style-type: none"> Permitir el acceso del sindicato para la ejecución del objeto contractual. Realizar los pagos conforme a lo acordado en el contrato. Proporcionar la información necesaria al sindicato para efectos de la normal ejecución del contrato. Informar a la Gerencia del sindicato cualquier novedad respecto a la ejecución del contrato sindical. Presentar al sindicato en forma escrita y motivada las reclamaciones o quejas sobre la ejecución del presente contrato.
<p>SERVICIOS EN LOS QUE EJECUTARÁ LAS OBLIGACIONES</p>	<ol style="list-style-type: none"> Consulta externa: servicio de consulta especializada Internación: Hospitalización adultos, y servicios de cuidado intermedio e intensivos adultos. Quirúrgico Atención inmediata: Servicio de urgencias


HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ATENCIÓN EXCELENTE Y CALIDAD DE VIDA

	FORMATO NECESIDAD JUSTIFICADA Y SOLICITUD DE ELABORACIÓN DE CONTRATO	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS GESTIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-GRF-BI003F02
			VERSIÓN: 03
			FECHA: 06/09/2023

TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	Dias Hábles (DH): Fecha de Inicio: 01 de mayo del 2026 Fecha de finalización: 30 de junio de 2026	Dias Calendario (DC):	Meses:	Años:
	VALOR TOTAL \$ 33.825.554			

No. DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL 2202600657 RUBRO PRESUPUESTAL 2.1.2.02.02.009.07

OBSERVACIONES No aplica


 JUAN CAMILO BETANCUR RUIZ
 Director de Clínicas Quirúrgicas
 Supervisor del contrato


 NADIA PAOLA GUEVARA UMAÑA
 Subgerente de Procesos Asistenciales


 JUAN DAVID ARTEAGA FLOREZ
 V.o.B.o. Gerente

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN
NIT. 890.904.646-7




CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. 2202600657

DATOS GENERALES	
Fecha del documento:	28.04.2026
Fecha de contabilización:	28.04.2026
Creado por:	NCAMACHO
Modificado por:	Ultima modificación
DATOS ADICIONALES	
Objeto:	00380-PREST. SERVICIO CIRUJANO CARDIOVASCULAR

POSICIÓN DE DOCUMENTO 001	
Objeto:	Remuneración y Honorarios por Servicios Técnicos y
Pos. presup.:	2.1.2.02.02.009.07 -
Fondos:	F_RP - Recursos Propios
Importe:	33.825.554 pesos
Centro gestor:	UEDIRCLI - DIR CLINICAS QCAS
Prog. presupuestal:	P_HGM - Generico HGM

TOTAL C.D.P	33.825.554 pesos
-------------	------------------

 _____ DIRECTOR FINANCIERO

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO		CÓDIGO: AP-GFI-PR003F05 VERSIÓN: 04 FECHA: 17/04/2024
	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
	GESTIÓN FINANCIERA GESTIÓN DEL PRESUPUESTO		

INFORMACIÓN PLAN ANUAL

FECHA (DD/MM/AAAA): 22/04/2026


DESCRIPCION EN EL PLAN ANUAL
ADQUISICIONES: 00380_Prestación de servicios profesionales en Cirugía Cardiovascular, en los ámbitos quirúrgico, urgente, electivo, consulta externa, hospitalización (incluye UCIs), y administrativo, así como participación en Staff médicos

CODIGO UNSPSC: 85121600

VoBo DIRECCION APOYO LOGISTICO

NOMBRE: Felipe Andrés Echeverri Ramírez

VALOR TOTAL ESTIMADO EN EL PLAN ANUAL: \$426.201.980

FIRMA: 

CONDICIONES GENERALES

OBJETO: EL CONTRATISTA se obliga a prestar a EL HOSPITAL, sus servicios especializados en Cirugía Cardiovascular, en áreas de urgencias, hospitalización, Unidad de cuidados intensivos e intermedios adultos (Ronda e interconsultas), consulta externa, cirugía. procedimientos quirúrgicos urgentes y electivos.


VALOR SOLICITADO EN: \$33.825.554

RUBRO: 2.1.2.02.02.009.07

CODIGO: Remuneración y Honorarios por Servicios Técnicos

CLASE DE SOLICITUD

CONVOCATORIA PÚBLICA/PRIVADA
ESTUDIOS PREVIOS (> 100 SMLV)
CONTRATO (50-100 SMLV):
ORDEN DE COMPRA:
ORDEN DE SERVICIO:

Barcode: 
 Radicado: HGH 010 0000000020260001456
 Fecha: 27-04-2026 Hora: 14:26:33
 Sociedad: HGH Hospital General de Medellín

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Juan Camilo Betancur Ruiz

CARGO: Director de Clínicas Quirúrgicas

FIRMA: Juan Camilo Betancur

APROBACIONES

GERENCIA
FIRMA: Juan David Arteaga Flórez

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA:
FIRMA: Valeria Botero Botero

SUBGERENCIA ASISTENCIAL:
FIRMA: Nadia Paola Guevara Umaña

DIRECCION: **Clínicas Quirúrgicas**
FIRMA: Juan Camilo Betancur Ruiz

Gerardo Flores - Cardiovascular

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN
NIT. 890.904.646-7




REGISTRO PRESUPUESTAL No. 3202600746


DATOS GENERALES	
Fecha del documento:	01.05.2026
Fecha de contabilización:	01.05.2026
Creado por:	NCAMACHO
Modificado por:	
Ultima modificación:	
DATOS ADICIONALES	
Objeto:	CONTRATO 356-2026GH-GERARDO LEONEL FLORES ESCOBAR
Referencia:	CLINICA QRGCA

POSICIÓN DE DOCUMENTO 001		
Objeto:	Remuneración y Honorarios por Servicios Técnicos y	
Acreedor:	24021400 - FLORES ESCOBAR GERAR	Fecha Vcto: 31.12.2026
CDP No.:	2202600657 / 001	
Pos. presup.:	2.1.2.02.02.009.07 -	Centro gestor: UEDIRCLI - DIR CLINICAS QCAS
Fondos:	F_RP - Recursos Propios	Prog. presupuestal: P_HGM - Generico HGM
Importe:	33.825.554 pesos	


TOTAL R.P	33.825.554 pesos
-----------	------------------

 _____ DIRECTOR FINANCIERO

Gerardo Traspantes.

	GESTIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS RENOVACION	GESTIÓN HUMANA ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL	CÓDIGO: AP-GHU-AP002D03
			VERSIÓN: 00
			FECHA: 27/03/2025

ID	DOCUMENTOS APORTADOS POR EL CONTRATISTA	CUMPLE		
		Sí	No	No aplica
1.	Formato de vinculación de persona natural. (Máximo 30 días calendario de vigencia).	✓		
2.	Certificación bancaria actualizada. (Máximo 30 días calendario de vigencia).	✓		
3.	Certificado de vigencia y antecedentes- sanciones ético-disciplinarias en el ejercicio de la profesión. Expedido por entidad competente. Cuando aplique para la profesión. (Máximo 30 días calendario de vigencia).	✓		
4.	Certificado Registro de Abusadores Sexuales https://inhabilidades.policia.gov.co . (Máximo 30 días calendario).	✓		
5.	Certificado – REDAM- Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Ley 2097 de 2021). https://www.redam.gov.co/ (Máximo 30 días calendario).	✓		
6.	Certificado de Antecedentes Fiscales expedido por la Contraloría General de la República. www.contraloria.gov.co . (Máximo 30 días calendario).	✓		
7.	Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación. www.procuraduria.gov.co . (Máximo 30 días calendario).	✓		
8.	Certificado Antecedentes Policía. pág. www.policia.gov.co . (Máximo 30 días calendario).	✓		
9.	Certificado Nacional de Medidas Correctivas. Actualizado https://svcnpc.policia.gov.co/ (Máximo 30 días calendario).	✓		
10.	Formato único de hoja de vida impreso y actualizado (Departamento Administrativo de la Función Pública-SIGEP). (Máximo 30 días calendario).	✓		
11.	Declaración juramentada de bienes y rentas (Departamento Administrativo de la Función Pública – SIGEP). Máximo 30 días calendario.	✓		

			FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL			PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN			CÓDIGO: ES-PLI-GP007F01 VERSIÓN: 03 FECHA: 21/02/2025																										
FECHA DE SOLICITUD			CIUDAD			TIPO DE SOLICITUD			TIPO DE CONTRAPARTE																										
DÍA	MES	AÑO	medellin			ACTUALIZACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	CLIENTE	<input type="checkbox"/>	PROVEEDOR	<input checked="" type="checkbox"/>																								
24	4	2026				VINCULACIÓN	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>	¿CUÁL?																									
DATOS BÁSICOS DE PERSONA NATURAL																																			
NOMBRES			GERARDO LEONEL			PRIMER APELLIDO			FLORES			SEGUNDO APELLIDO			ESCOBAR																				
TIPO DE DOCUMENTO			N°.			FECHA DE EXPEDICIÓN			DÍA			MES			AÑO			LUGAR DE EXPEDICIÓN			MEDELLIN														
CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input checked="" type="checkbox"/>	PASAPORTE	<input type="checkbox"/>	400655			2			9			2021			CORREO ELECTRÓNICO			MDGERARDOFE@GMAIL.COM														
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO									DIRECCIÓN DE RESIDENCIA																							
DÍA	MES	AÑO	PAÍS:			GUATEMALA						CALLE 17 40 B 320 APTO 1703																							
28	2	1979	CIUDAD:			GUATEMALA						CIUDAD:			MEDELLIN			CELULAR:			3165202363														
OCUPACIÓN						TIPO DE VIVIENDA																													
EMPLEADO			<input type="checkbox"/>			PENSIONADO			<input type="checkbox"/>			OTRO			<input type="checkbox"/>			PROPIA			<input type="checkbox"/>			FAMILIAR			<input type="checkbox"/>			ARRENDADA			<input checked="" type="checkbox"/>		
INDEPENDIENTE			<input checked="" type="checkbox"/>			RENTISTA			<input type="checkbox"/>			¿CUÁL?						GASTOS			25,000,000			PERSONAS A CARGO			2								
INFORMACIÓN LABORAL																																			
RAZON SOCIAL			HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO GUTIERREZ																																
CARGO			CIRUJANO CARDIOVASCULAR			FECHA DE INGRESO			TIPO DE VINCULACIÓN																										
CIUDAD			MEDELLIN			DÍA			MES			AÑO			FIJO			<input type="checkbox"/>			INDEFINIDO			<input checked="" type="checkbox"/>											
DIRECCIÓN			CARRERA 48 NO 32-102			15			9			2015			OTRO			<input type="checkbox"/>			¿CUÁL?														
TELÉFONO			DETALLE DE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)			CIRUJANO CARDIOVASCULAR																													
**PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE - PEP																																			
<p>**Son personas nacionales o extranjeras que, por razón de su cargo, manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre éstos, o gozan o gozaron de reconocimiento público; o como servidores públicos, tienen delegadas funciones de expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos.</p>						POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:																													
						¿Maneja recursos públicos?						SI			<input type="checkbox"/>			NO			<input checked="" type="checkbox"/>														
						¿Ejerce algún grado de poder público?						SI			<input type="checkbox"/>			NO			<input checked="" type="checkbox"/>														
						¿Goza de reconocimiento público?						SI			<input type="checkbox"/>			NO			<input checked="" type="checkbox"/>														
						¿Existe algún vínculo entre usted y una PEP?						SI			<input type="checkbox"/>			NO			<input checked="" type="checkbox"/>														
¿Es sujeto de obligaciones tributarias en otro país?						SI			<input type="checkbox"/>			NO			<input checked="" type="checkbox"/>																				
SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR																																			
INFORMACIÓN FINANCIERA																																			
PRODUCTO FINANCIERO			NÚMERO			ENTIDAD			SUCURSAL			PAIS			ANTIGÜEDAD (AÑOS)																				
CUENTA DE AHORRO			31681806922			BANCOLOMBIA			FLORIDA PARQUE			COLOMBIA			11 AÑOS																				
OPERACIONES INTERNACIONALES																																			
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?			SI			<input type="checkbox"/>			NO			<input checked="" type="checkbox"/>			¿En qué países?																				
¿Realiza actividades con activos virtuales?			SI			<input type="checkbox"/>			NO			<input checked="" type="checkbox"/>																							
¿Posee productos financieros en el exterior?			SI			<input type="checkbox"/>			NO			<input checked="" type="checkbox"/>			¿En qué países?						¿cuáles productos?														

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE FONDOS Y/O BIENES

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la institución sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, obrando en nombre propio y de manera voluntaria realizo la siguiente declaración de origen y destinación de fondos, dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto:

1. Declaro que los recursos que permiten realizar transacciones comerciales con el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN tienen origen o provienen de fuentes lícitas, de conformidad con las leyes vigentes.
2. Que NO he admitido, NI admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo sustituya, modifique o adicione; ni efectuaré transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Declaro que no he estado ni estoy: (a) en ninguna lista internacional vinculante para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de Naciones Unidas, Listas de la Unión Europea y Listas de Estados Unidos o cualquier otra que aplique); (b) en la lista OFAC, (Oficina para el Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de EE.UU.); (c) siendo investigado o he sido efectivamente condenado por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos sexuales con menores de edad y ningún otro delito fuente LA/FT-FPADM.

CERTIFICACIONES Y AUTORIZACIONES

Autorizo al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN para que con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de debida diligencia establecido en el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva LA/FT-FPADM y el reporte de información a las entidades de control.



Certifico que toda la documentación e información aportada para el establecimiento de la relación comercial, contractual y/o de convenio, con el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN es veraz y exacta y, en caso de que llegase a existir cualquier inconsistencia en la información que he suministrado o no estará obligado a concluir la solicitud o transacción ni a manifestar las razones de su negación; o podrá dar por terminada inmediatamente la relación comercial, contractual o de convenio existente, sin dar lugar a reconocimiento de ninguna indemnización. Igualmente me comprometo a actualizar la información al menos una vez al año o cuando se produzca cualquier tipo de modificación a los datos registrados en este formato.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: El HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN se permite informar que, los datos suministrados en el proceso de selección y evaluación de Contrapartes tienen como finalidad la prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. Estos datos son tratados de manera confidencial y segura conforme con nuestra política de datos personales publicada en el sitio web, www.hgm.gov.co, la cual está acorde a la normativa colombiana en esta materia, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen. Con su firma autoriza al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN la recolección, almacenamiento, uso, transmisión, transferencia y tratamiento de los mismos en cumplimiento de los fines mencionados.

He sido informado que los siguientes son los canales de atención para el ejercicio de mis derechos tales como: conocer, actualizar, rectificar y/o suprimir, mi información personal:

Los datos aquí consignados obedecen a la realidad y, en constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo y huella el presente documento.

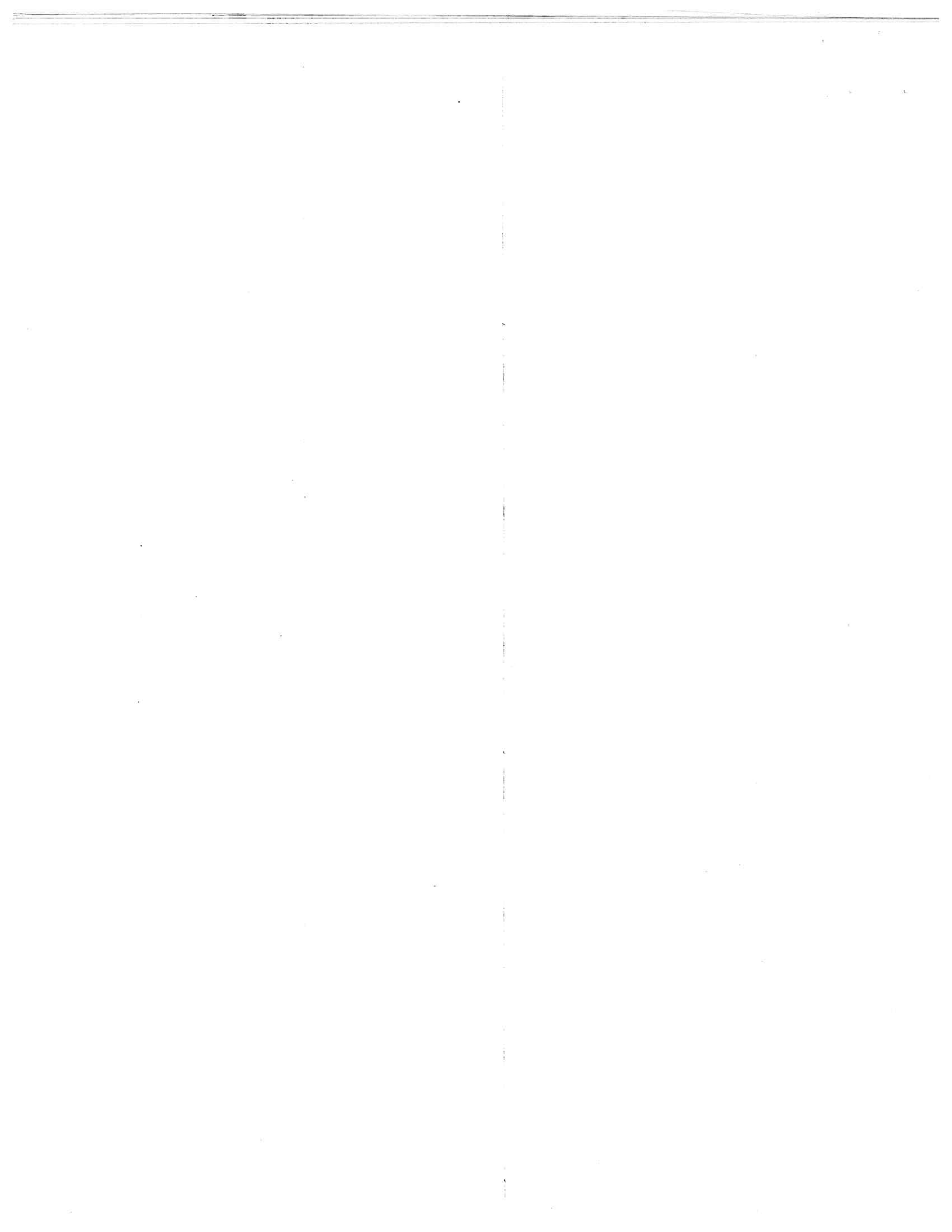
En caso de diligenciamiento electrónico:
Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	GERARDO FLORES ESCOBAR		
IDENTIFICACIÓN	CE 400655		
FIRMA			

DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS JURÍDICAS: Se anexarán los documentos que se estipulen en el proceso correspondiente, de acuerdo al tipo de relación o vínculo con el Hospital.

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL HOSPITAL

Resultado de verificación de datos:			
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ:		FIRMA:	FECHA:
CARGO			





CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294641922

PIB

19:02:40

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de abril 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) GERARDO LEONEL FLORES ESCOBAR identificado(a) con Cédula Extranjería número 400655:

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>

Olga Lucía Tibocha Cortés
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamiento con el Ciudadano.

www.procuraduria.gov.coCarrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.

Línea gratuita 018000910315



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:04:00 PM horas del 20/04/2026, el ciudadano extranjero con:
Cédula de Extranjería N° 400655

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



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, 20/04/2026 07:05:18 p. m. para la **Cedula de Extranjeria: N°. 400655**

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. **138601426** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Busqueda Imprimir

515 9000

**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 53 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA** GOV.CO



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FLORES		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ESCOBAR		NOMBRES GERARDO LEONEL	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="radio"/> C.E. <input checked="" type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 400655		GÉNERO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input checked="" type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA 28 MES 02 AÑO 1979		CALLE 17, 40B 320 apartamento 1703			
PAÍS GUATEMALA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ANTIOQUIA	
DEPTO		MUNICIPIO MEDELLÍN			
MUNICIPIO		TELÉFONO 3165202363		EMAIL mdgerardofe@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	6	X		ESPECIALIZACION EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	08	2014	5183412
POSTGRADO	10	X		MEDICO Y CIRUJANO	12	2010	5183412
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	2004	5183412

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA		MUNICIPIO MEDELLIN			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 3847300		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	15	Mes	09	Año	2015	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CIRUJANO CARDIOVASCULAR INTENS		DEPENDENCIA AREA DE CIRUGIA					DIRECCIÓN CARRERA 48 32 102						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

24 de abril 2016 Medellín

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GERARDO	LEONEL	FLORES	ESCOBAR

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE EXTRANJERIA"/>	Número <input type="text" value="400655"/>

Lugar de nacimiento		
País <input type="text" value="GUATEMALA"/>	Departamento <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>

Lugar de domicilio		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="ANTIOQUIA"/>	Municipio <input type="text" value="MEDELLÍN"/>

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	<input type="text" value="HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN"/>
Lugar de sede	
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="ANTIOQUIA"/>
	Municipio <input type="text" value="MEDELLÍN"/>
Dirección <input 32-102"]"="" 48="" carrera="" número="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple <input type="text" value="CONTRATISTA"/>	

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$260.822.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$260.822.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMOS	\$400.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento

Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí No

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí

No

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

Sí

No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior:

Sí

No

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

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

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

