



ACTA DE GRADO AG-94-431

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del año 2019, se efectuó la ceremonia de graduación de:

GARCIA OSPINO KAROLAY PAOLA

Documento de identificación N° 1045729651

Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos para recibir el título.

La ceremonia de grado fue presidida por el Sr. Rector, doctor José Consuegra Bolívar, en asocio del Decano de la Facultad y actuó como Secretaria General la Ingeniera Rosario García González.

Habiéndose tomado el juramento de rigor por parte del Sr. Rector, se le hizo entrega del diploma correspondiente identificado con el número 30618, que le acredita como:

MEDICA

Para constancia se extiende y firma la presente acta.

Firmado: Doctor José Consuegra Bolívar, Rector; José Rafael Consuegra Machado, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud; y Rosario García González, Secretaria General.

Es fiel copia tomada del acta original de la ceremonia de grados AG-94, en lo pertinente. Registrado en el folio No.94, del libro de diplomas No.82, de la Secretaria General de la Universidad.

Dado en la Universidad Simón Bolívar, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de 2019.



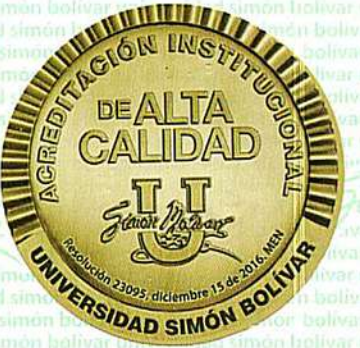
ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ

Secretaria General

Barranquilla, diciembre 17 de 2019.



República de Colombia



Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de noviembre 15 de 1972

Confiere el título de
Médica

A KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO

Documento de identificación C.C.No. 1.045.729.651

y en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 17 días del mes de Diciembre de 2019 y lo refrenda con las firmas de rigor.

Rector

Secretaria General

Decano

Registrado en el Folio No. 94 del Libro de Diplomas 82 Secretaria General de la Universidad

30618

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.


Certifica
Karolay Paola García ospino
CC 1045729651 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia con un total de 40 Horas.

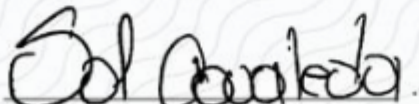
Verificación:



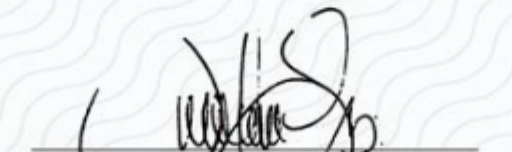
Fecha de emisión: 2025-03-06
Fecha de vencimiento: 2027-03-06



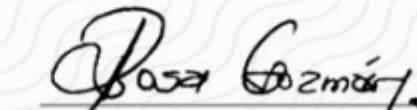
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.


Certifica
Karolay Paola García ospino
CC 1045729651 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI
Clínico
con un total de 120 Horas.

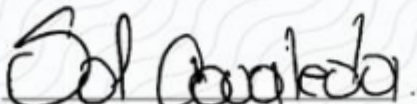
Verificación:



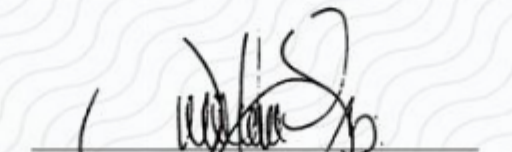
Fecha de emisión: 2025-03-06
Fecha de vencimiento: 2027-03-06



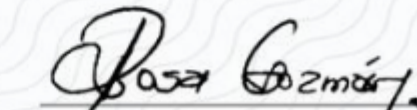
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org



ING. SOLANLly COVALEDA
Representante Legal



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

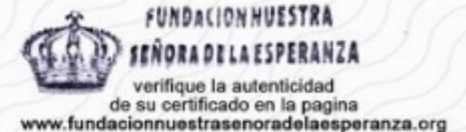
Certifica
Karolay Paola García ospino
CC 1045729651 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Diplomado en Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

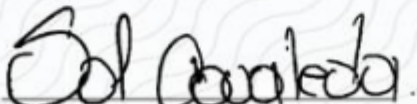
Verificación:



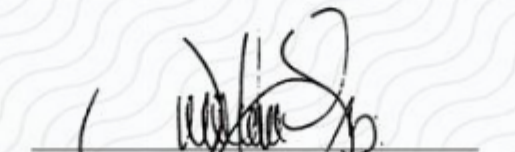
Fecha de emisión: 2025-03-06
Fecha de vencimiento: 2027-03-06



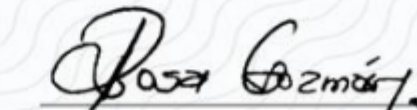
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org



ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO

Con Identificación:

CURSO - TALLER

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON

AGENTES QUÍMICOS

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico-práctico.

Con una intensidad de cuarenta (40) horas. Con fecha de expedición de:

abril 14, 2024, 6:02 pm

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT.: 900.792.444-9 matricula mercantil 611199 -
GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V. RFC: GEC210614IZA respaldado por
la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**

Gestión de educación continuada en salud



@GESCON2
MAS INFORMACIÓN
AQUÍ



LUIS EDUARDO MENDOZA GAMARRA
Representante Legal de GESCONS S.A.S



MARIO PAYÁN
Gerente LATAM de GESCONS S.A.S



RAWDY REALES ROIS
Director Científico Gescons S.A.S

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO

Con Identificación:

CURSO - TALLER

GESTIÓN INTEGRAL DEL DUELO

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico-práctico.

Con una intensidad de cuarenta (40) horas. Con fecha de expedición de:

abril 4, 2024, 11:12 am

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT.: 900.792.444-9 matricula mercantil 611199 -
GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V. RFC: GEC210614IZA respaldado por
la **ENMyH - Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía IPN**



@GESCON2
MAS INFORMACIÓN
AQUÍ



LUIS EDUARDO MENDOZA GAMARRA
Representante Legal de GESCONS S.A.S



MARIO PAYÁN
Gerente LATAM de GESCONS S.A.S



RAWDY REALES ROIS
Director Científico Gescons S.A.S

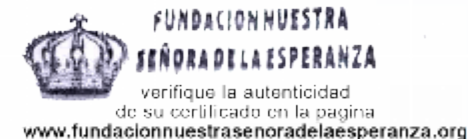


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Karolay Paola Garcia Ospino
CC 1045729651 de Barranquilla

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-11-20
Fecha de vencimiento: 2025-11-20



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.


Certifica
Karolay Paola García ospino
CC 1045729651 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Diplomado en Facturación de Servicios de Salud y RIPS
con un total de 120 Horas.

Verificación:



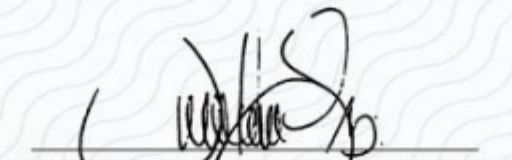
Fecha de emisión: 2025-03-06
Fecha de vencimiento: 2027-03-06



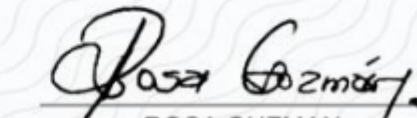
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O
DE APOYO A LA GESTION

CONTRATANTE:	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD
NIT:	802.013.023-5
CONTRATISTA:	KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO
C.C:	1045729651
NO CONTRATO	TH-2024-04641
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA MEDICO RUTA INTEGRAL PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
VALOR:	CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS(\$5500000) M/Cte
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	5438 del 01 de Noviembre de 2024
PLAZO DE EJECUCION:	01 de Noviembre de 2024 HASTA 30 de Noviembre de 2024

Entre los suscritos a saber: **NELSON ENRIQUE GARCIA PEREZ**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía número 72.310.382 expedida en el municipio de Barranquilla - Atlántico, quien en su condición de Gerente de la **ESE HOSPITAL MA TERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**, se encuentra debidamente autorizado para celebrar convenios y contratos a nombre de la Empresa de conformidad con lo dispuesto por el *Estatuto Contractual de la Empresa Social del Estado*, y quien en adelante y para efectos contractuales se denominara **LA E.S.E.** de una parte y por la otra y por la otra, **KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1045729651 de profesión Médico, quien afirma no encontrarse incurso en causales de inhabilidades e incompatibilidades de acuerdo con lo previsto en los artículos 8 y 9° de la Ley 80 de 1993, así como las contempladas en las demás disposiciones Constitucionales y Legales, en especial la Ley 1474 de 2011, incluido las consignadas en el Manual de Contratación de la E.S.E., quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**; las partes hemos decidido celebrar el presente contrato, previas las siguientes consideraciones que se relacionan a continuación: 1) Que de conformidad con los estudios y documentos previos realizados por las Dependencias Responsables, se infiere la necesidad inminente de la suscripción del presente contrato. 2) Que, en razón a lo anterior, la E.S.E. continuó con todos los trámites precontractuales necesarios tendientes a satisfacer la necesidad planteada en los estudios previos. 3) Que por lo expuesto se requiere contratar los servicios de medicina, para que sea prestado por un profesional de la salud (Profesional de la Medicina). Quien efectuará las actividades que se describen en el presente instrumento, conforme las agendas de actividades elaboradas por la Subgerencia Científica. 4) Que tal cómo lo certifica el área de Talento Humano, en la actualidad no existe personal de planta suficiente para ejecutar las actividades, objeto del presente contrato. 5) Que de conformidad con lo dispuesto en el *manual de contratación de la Empresa Social del Estado*, se trata de contratar **SERVICIOS PROFESIONALES DE MÉDICO**, por tanto, la selección del contratista se desarrollará mediante la modalidad de **CONTRATACION DIRECTA** causal **"PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, DE SALUD Y DE APOYO A LA GESTIÓN"**, razón por la cual se realizó una invitación directa a presentar oferta a un profesional en Medicina que cumple los requisitos exigidos en el estudio respectivo, en razón a que no se requiere la obtención de varias ofertas. 6) Que existe disponibilidad presupuestal para atender el contrato, según consta en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal, expedido por el Encargado de Presupuesto de la Entidad, que se anexa al presente contrato. 6) Que, por lo anterior, se invitó de manera directa a presentar oferta al Doctor (a) **KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO** identificado con la cédula de ciudadanía No. 1045729651, quien presentó su propuesta dentro del término establecido para el efecto, ofrecimiento que, una vez analizado se consideró adecuado para la entidad toda vez que cumple con los requisitos de idoneidad y experiencia exigidos y su oferta económica no supera el presupuesto oficial establecido por la entidad. 7) De acuerdo a lo anterior las partes hemos acordado suscribir el presente contrato de prestación de servicios, el cual se regirá por las normas contractuales vigentes y por las siguientes cláusulas: **CLAÚSULA PRIMERA – OBJETO CONTRATO : PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA MEDICO**





CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O
DE APOYO A LA GESTION

RUTA INTEGRAL PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD SER PRESTADO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD de conformidad con lo dispuesto en los estudios y documentos previos, la oferta presentada por el Contratista, lo mismo que la Agenda de actividades elaborada por la Subgerencia Científica de la E.S.E. y documentos que forman parte integral del presente contrato. **CLAÚSULA SEGUNDA – DURACIÓN:** Desde la reunión de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución contractual y hasta el 30 de Noviembre de 2024 **CLAÚSULA TERCERA - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** El valor del presente contrato es la suma de CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS(\$5500000) M/Cte., IVA incluido. **FORMA DE PAGO:** Se cancelará mediante Un (1) pago total. En el evento en que el contratista asuma secuencias de actividades asistenciales adicionales a los establecidos previamente en la agenda de actividades respectiva, la E.S.E. reconocerá y pagará ese mayor valor, previo informe del supervisor. **PARÁGRAFO ÚNICO:** Para el pago será necesario la presentación del informe de actividades del periodo ejecutado, factura o cuenta de cobro, certificación de cumplimiento emitida por el supervisor designado por la Gerencia y soportes de Pago de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, Riesgos Laborales) y Parafiscales si a ellos hubiere lugar. **CLAÚSULA CUARTA-DECLARACION DEL CONTRATISTA:** EL CONTRATISTA manifiesta: Conocer perfectamente la naturaleza de los procesos, subprocesos y actividades a desarrollar, las normas legales que le son inherentes, los plazos y costos requeridos para ejecutar el objeto contractual, lo mismo que las Agendas de Actividades elaboradas por la Subgerencia Científica; todo lo cual queda bajo su responsabilidad. **CLAÚSULA QUINTA - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** a) Brindar las instalaciones y consultorios de la E.S.E. b) Efectuar los registros y operaciones presupuestales y contables necesarios para cumplir cabalmente con el pago de los servicios que el Contratista haya prestado a ésta, con base en el presente contrato. c) Proporcionarle al CONTRATISTA toda la información que éste solicite y que sea necesaria para el desarrollo del objeto contratado, la cual deberá suministrarse de manera inmediata. d) Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato efectuando un control técnico y administrativo de la ejecución del contrato a través de la supervisión que designe la Gerencia de la Entidad. e) Pagar al CONTRATISTA el valor del presente contrato en la forma, tiempo y precios pactados en el contrato; previa presentación del informe de actividades desarrolladas y con la cuenta de cobro debidamente legalizada. f) Aplicar en el momento que lo estime conveniente, encuestas de satisfacción a los usuarios sujetos del presente contrato para evaluar calidad, oportunidad, accesibilidad y calidez humana por parte del Contratista. g) Diseñar, elaborar y comunicar las Agendas de Actividades, en la que se consignen las actividades diarias, semanales y periódicas a realizar por el Contratista, con las secuencias respectivas en las cuales desarrollará los turnos presenciales, en los eventos en que así se requiera. **CLAÚSULA SEXTA- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** a) Garantizar que el desarrollo del objeto contractual se realice de conformidad con lo estipulado en el presente contrato, propuesta y portafolio de servicios que la entidad ofrece. b) La PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA MEDICO RUTA INTEGRAL PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD de la E.S.E. Hospital Ciudadela Metropolitana de Soledad, según las actividades médicas acordados entre las partes (Contratante - Contratista). c) Realizar y registrar en los formatos establecidos que correspondan al tipo de atención médica efectuado al paciente que recibe la prestación del servicio d) Realizar consultas médicas según la necesidad establecida y las Agendas de Actividades elaboradas por la Subgerencia Científica. e) Realizar procedimientos de Medicina dando cumplimiento a los Protocolos Institucionales, guías de manejo del Ministerio de Salud y protección Social y las Agendas de Actividades elaboradas por la Subgerencia Científica. f) Reportar en caso de cualquier novedad o anomalía de manera inmediata la situación, al funcionario encargado de la Supervisión del contrato. g) Acatar las directrices que durante el desarrollo del contrato le imparta la E.S.E. a través de la Supervisión o de la Gerencia. h) Realizar todos los procedimientos médicos dando cumplimiento a las normas de Asepsia y bioseguridad. i) 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 debiendo informar inmediatamente a la E.S.E. contratante a través de la supervisión y a las demás autoridades competentes para que se adopten las medidas y correctivos que fuesen necesarios. j) Cumplir con los aportes para la seguridad Integral: Salud, Pensión, Riesgos Laborales y parafiscales cuando a ello haya lugar.) Prestar los servicios profesionales en Medicina contratados en los términos taxativos de la propuesta, así como conforme las actividades consignadas en las Agendas de Actividades elaboradas por la

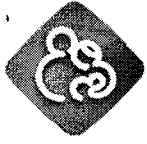




CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION

Subgerencia Científica, por lo tanto, en el evento de algún incumplimiento en la prestación del servicio, los valores correspondientes podrán ser descontados por el contratante, previa verificación del incumplimiento, de las sumas que estén pendientes por pagar, para lo cual se autoriza expresamente desde ahora al Contratante. l) Asumir de manera total y exclusiva, la responsabilidad derivada de la calidad e idoneidad de las actividades objeto del contrato, así como de los actos u omisiones. En consecuencia, se compromete a mantener libre a la E.S.E. de cualquier responsabilidad por este aspecto y a salir siempre en defensa de la entidad contratante frente a reclamaciones judiciales o extrajudiciales, acciones de tutela, acciones de cumplimiento que le instaure personas afectadas en razón del desarrollo del objeto contractual y a reconocerle a la E.S.E. Contratante, cualquier suma que esta entidad deba pagar por tal concepto. m) Tratar con calidad, calidez y oportunidad en las consultas médicas a los clientes externos e internos de la E.S.E. n) Responder por haber ocultado al contratar inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones, o por haber suministrado información falsa. o) Dar cumplimiento al registro completo de las Historias clínicas en el Software Institucional Y todos los formatos de atención relacionados y de obligamiento en los diferentes programas de salud dando cumplimiento a la Normatividad Vigente. p) Registrar y llenar toda la documentación en la prestación de los servicios según el caso: CUPS, SOAT, RIPSS, y demás Formatos Institucionales. q) Respetar los derechos de los pacientes y cumplir con el código de ética médica. r) Comunicar con la debida antelación al Supervisor del Contrato, las ausencias temporales que afecten la secuencia en las actividades contratadas. De tal suerte que, en el evento de asumir unas diferentes a las establecidas en la Agenda de actividades, la E.S.E, provea los recursos para cubrir el valor adicional a cancelar. Las demás que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual. **CLAÚSULA SÉPTIMA - IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** Los pagos que asume el CONTRATANTE en virtud del presente contrato, se sujetan a las apropiaciones presupuestales respectivas y se pagarán con recursos del Presupuesto General de Gastos Vigencia 2024, de conformidad con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal, expedido por el Encargado de presupuesto de la entidad, que se anexa al presente contrato. **CLAÚSULA OCTAVA –SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales de Medicina, será efectuada por el (a) Subgerente Científico de la E.S.E., quien se encargará de inspeccionar la correcta ejecución del objeto contractual, por parte del CONTRATISTA, verificando que se cumpla con las especificaciones descritas en el objeto del mismo, dando cumplimiento a lo establecido por la ley y el Manual de Contratación del Hospital Ciudadela Metropolitana, además de lo contemplado en la Ley 1474 de 2011 “Estatuto Anticorrupción”. **CLAÚSULA NOVENA - SOLUCIÓN DIRECTA DE LAS CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:** Se considera que las diferencias o discrepancias, surgidas de la actividad contractual, se solucionan de manera ágil, rápida y directa para lo cual se podrá acudir a la conciliación, transacción o cualquier otro mecanismo de solución de controversia contractual previsto en la ley. **CLAÚSULA DÉCIMA – GARANTÍA:** Con el fin de cubrir la responsabilidad civil frente a terceros derivada de la ejecución del contrato, el Contratista debe presentar **POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.** Para garantizar los daños y perjuicios que se causen a la ESE o a terceros por circunstancias inherentes a la ejecución del contrato, por prestación de servicios en el área de la medicina. Por un valor de: Por un valor de: Por un valor de: (\$100000000). **CLAÚSULA DÉCIMO PRIMERA - CLAUSULAS EXORBITANTES:** El presente contrato se regirá por el Derecho Privado, de conformidad con el Manual de Contratación de la entidad y acoge las cláusulas exorbitantes como terminación, modificación e interpretación unilateral y la caducidad, establecidas en el estatuto nacional de contratación estatal. **CLAÚSULA DÉCIMO SEGUNDA - CESIÓN:** EL CONTRATISTA no podrá ceder ni total, ni parcialmente este contrato, ni subcontratar sin autorización expresa y por escrito del contratante. **CLAÚSULA DÉCIMO TERCERA - CAUSALES DE TERMINACIÓN:** Además de las causales de terminación previstas en la Ley y expresadas anteriormente, este contrato se podrá dar por terminado por: a) Mutuo acuerdo de las partes. b) Por el incumplimiento de alguna de las partes. c) Por la ocurrencia de hechos imprevisibles que imposibiliten su cumplimiento. **CLAÚSULA DÉCIMO CUARTA - DOMICILIO CONTRACTUAL Y SITIO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Se pacta como domicilio contractual y lugar de ejecución del contrato el Municipio de Soledad en el Departamento del Atlántico E.S.E. **CLAUSULA DÉCIMO QUINTA-INHABILIDADES INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento el cual se entiende prestado con la aceptación y firma del presente contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en el artículo 8° de la Ley 80 de 1993, las contempladas en la ley 1474 de 2011 y





**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O
DE APOYO A LA GESTION**

demás normas aplicables a la materia. CLAÚSULA DECIMO SEXTA - INDEMNIDAD: El CONTRATISTA mantendrá indemne a la E.S.E. en cualquier demanda o acción judicial o administrativa con ocasión de la ejecución del presente contrato, por causas imputables al contratista. CLAÚSULA DÉCIMO SÉPTIMA - DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO: Forma parte integral del presente contrato los siguientes documentos: 1. Estudios previos. 2. Propuesta técnica y económica presentada por el Contratista y las Agendas de Actividades elaboradas por la Subgerencia Científica. CLAÚSULA DECIMO OCTAVA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente contrato se perfecciona con la firma de las partes de los que intervinieron en el mismo y para su ejecución se requiere el Registro Presupuestal expedido por el funcionario Encargado de Presupuesto, que se anexa al presente contrato.

Para constancia se firma el presente contrato en dos (2) ejemplares del mismo tenor con destino a cada una de las partes contratantes en el Municipio de Soledad, el 01 de Noviembre de 2024

NELSON ENRIQUE GARCIA PEREZ
Gerente

KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO
Contratista

Elaboró: E A-Profesional Contratación.
Reviso: SK. Jefe talento Humano.
MANUELA BELTRAN-CENTRO



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Karolay Paola Garcia Ospino, identificado(a) con CC número 1045729651, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1045729651
NOMBRES Y APELLIDOS	Karolay Paola Garcia Ospino
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	07/02/1995
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	21 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	21 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

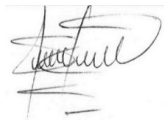
CEDULA DE CIUDADANIA 1045729651 KAROLAY PAOLA
GARCIA OSPINO Desde 01/02/2024 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1045729651**, se encuentra afiliado/a desde **17/03/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO** identificado con **CC No. 1045729651**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD - NI. 802013023	Fecha de inicio de cobertura: 03/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2025 Fecha fin de Contrato: 28/02/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012630791.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

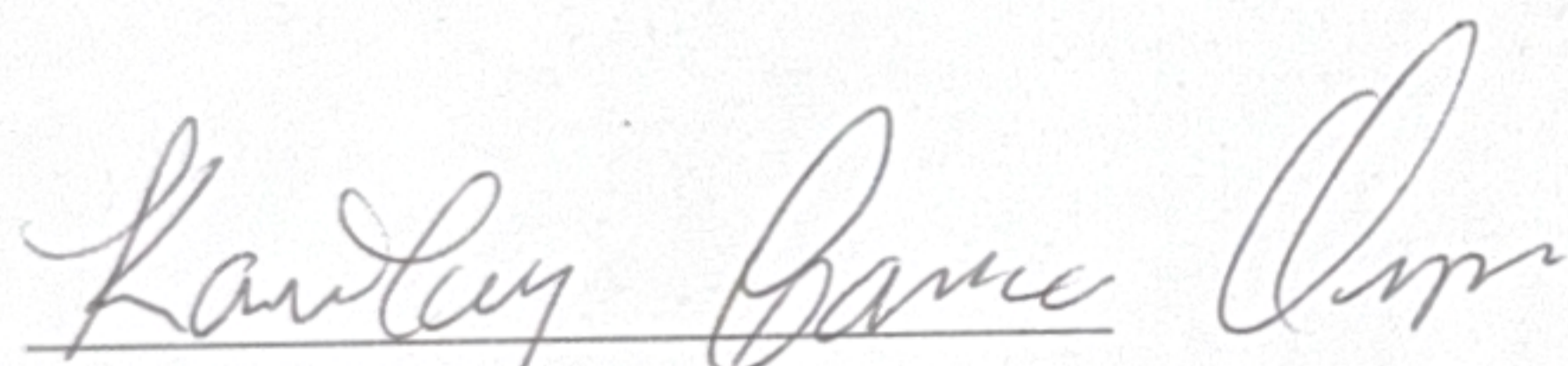
LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Soledad, 01 de Febrero de 2025

Asunto: Autorización de consulta

Yo KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO, identificado con cedula de ciudadanía número 1.045.729.651, autorizo la consulta de mis datos por parte de Entidades Públicas a través del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II

Cordialmente,


KAROLAY PAOLA GARCÍA OSPINO

Firma



CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. 1.045.729.651 expedida en BARRANQUILLA actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 01 de Febrero de 2025

Firma:

C.C

Karolay Paola Garcia Ospino
1.045.729.651

Nombre: *Karolay Paola Garcia Ospino*





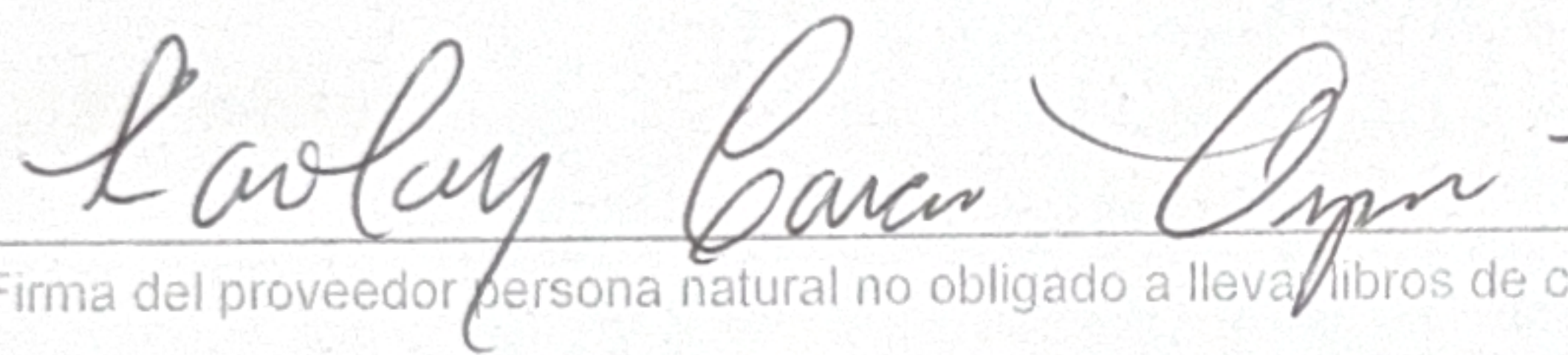
CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días 01 de FEBRERO de 2025



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Karolay Paola Garcia Ospino

Documento de Identidad: 1.045.729.651



El futuro
es de todos

DNP
Departamento
Nacional de Planeación

Colombia Compra Eficiente

Tel. (+57 1)7950.00 • Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 17 • Bogotá - Colombia



www.colombiacompra.gov.co



FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN
DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.

6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el 01 de Febrero de 2025

Firma:





FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN
DE DATOS PERSONALES

Nombre: Karolay Casar Ospina

Identificación: 1.045.729.651

