



ACTA DE GRADO

Regional: ATLANTICO

Nº 96/0319

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

CONSIDERANDO

QUE: LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ.-

identificado(a) con: C.C. Nº 22'694.020 de: SOLEDAD ATL.

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

AUXILIAR DE ENFERMERIA.-

COMO: SALIDA PLENA, EN LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA

REGISTRO Nº 96-02484

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN

RESOLUCION Nº: 08211 DEL 15 DE JUNIO DE 1989 DEL MINISTERIO DE SALUD.

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE EN BARRANQUILLA

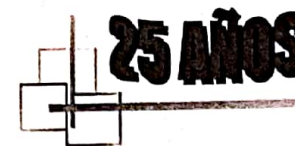
A LOS 5 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 1996

San H... Director Regional

Regia C. Gallares... Registro y Certificación

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Programa de Enfermería



Certifica que asistió al curso de:

ACTUALIZACION EN TECNICAS DE ENFERMERIA

LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

Con una intensidad horaria de 42 horas

Alba Ll. de Reyes
ALBA LLINAS DE REYES
Directora
Programa Enfermería

Cecilia Rocha R.
CECILIA ROCHA R.
Docente Enfermería

Barranquilla, abril 10 a mayo 2-2000

La República de Colombia y en su nombre



El
Centro Educativo Costa del Caribe
Jornada Nocturna

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional Según Resolución No. 11784
de Agosto 16 de 1.984

Confiere a:

LEDYS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

Identificado (a) con C.C. No. 22.694.020 de SOLEDAD (ATL.)

El Título de :

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y Programas Vigentes


Rector


Secretario (a)



Anotado al Libro N° 001 Acta N° 007 Folio N° 171

Dado en Barranquilla, a los 26 días del mes de Diciembre de 1.984

La República de Colombia y en su nombre



El
Centro Educativo Costa del Caribe
Jornada Nocturna

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional Según Resolución No. 11784
de Agosto 16 de 1.984

Confiere a:

LEDYS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

Identificado (a) con C.C. No. 22.694.020 de SOLEDAD (ATL.)

El Título de :

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y Programas Vigentes


Rector


Secretario (a)



Anotado al Libro N° 001 Acta N° 007 Folio N° 171

Dado en Barranquilla, a los 26 días del mes de Diciembre de 1.984



ACTA DE GRADO

Regional: ATLANTICO

Nº 96/0319

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

CONSIDERANDO

QUE: LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ.-

identificado(a) con: C.C. Nº 22'694.020 de: SOLEDAD ATL.

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

AUXILIAR DE ENFERMERIA.-

COMO: SALIDA PLENA, EN LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA

REGISTRO Nº 96-02484

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN

RESOLUCION Nº: 08211 DEL 15 DE JUNIO DE 1989 DEL MINISTERIO DE SALUD.

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE EN BARRANQUILLA

A LOS 5 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 1996

San H... Director Regional

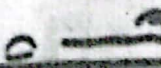
Regia C. Gallares... Registro y Certificación

**Gobernación
del Atlántico**
SECRETARIA DE SALUD DEL ATLÁNTICO
Inscripción Departamental


LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ
CC 22.894.838
AUXILIAR DE ENFERMERIA
SERVICIO NACIONAL DE
APRENDIZAJE "SENA"
REGISTRO: 6806807
FECHA REG: 19/12/2012
EXPE: 24/07/2013



*Este título es personal e intransferible. Si es
cancelado, por tener devuelto a las instalaciones
de la Secretaría de Salud Departamental en
la Cta. 48 entre Calles 50 y 49*

**Gobernación
del Atlántico**
Secretaría de Salud Departamental

1432





**UNIVERSIDAD METROPOLITANA
EXTENSIÓN UNIVERSITARIA
EDUCACIÓN CONTINUA**

CERTIFICAN QUE:

Ledis Del Socorro Baca Ortiz

C.C. No. 22.694.020

Asistió al Curso:

“AIEPI COMUNITARIO E IIAMI”

Realizado en la Universidad Metropolitana con una intensidad de Cuarenta
(40) horas

Barranquilla, Julio 25 de 2015

MARTHA IBÁÑEZ DE OSORIO
Directora Extensión Universitaria

YADIRA GRAVINI ZAPATA
Coordinación de Educación Continua



ALCALDIA DISTRICTAL de BARRANQUILLA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRICTAL DE SALUD
DISTRISALUD



CERTIFICA QUE:

Ledys Baeca Ortiz

**ASISTIO A LA CAPACITACION PARA FACILITADORES
EN PREVENCION Y ATENCION DEL MALTRATO INFANTIL**

DURANTE: *el día 23 de Abril* DE 1.999

CON INTENSIDAD DE 8 HORAS

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE *Barranquilla* A LOS 23 DIAS DEL MES DE *Abril* DE 1.999

[Firma]
DIRECTOR DISTRISALUD

[Firma]
COORDINADORA PROGRAMA



E.S.E. HOSPITAL
**materno
Infantil**
CIUDAD DE SOLEDAD



Certifican que:

Ledis Bacca.

Asistió al Taller

SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

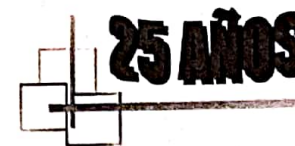
Con una ~~importancia~~ de 6 horas Teóricas
Barranquilla, Noviembre 13 de 2015

[Signature]
PEDRO MULETS MOGOLLON
Gerente Hospital Materno Infantil

[Signature]
JULIANA DANGOND RUSSO
Directora Fund. Creamos

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Programa de Enfermería



Certifica que asistió al curso de:

ACTUALIZACION EN TECNICAS DE ENFERMERIA

LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

Con una intensidad horaria de 42 horas

Alba Ll. de Reyes
ALBA LLINAS DE REYES
Directora
Programa Enfermería

Cecilia Rocha R.
CECILIA ROCHA R.
Docente Enfermería

Barranquilla, abril 10 a mayo 2-2000



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA
EXTENSIÓN UNIVERSITARIA
EDUCACIÓN CONTINUA**

CERTIFICAN QUE:

Ledis Del Sacara Baca Ortiz

C.C. No. 22.694.020

Asistió al Curso:

“AIEPI COMUNITARIO E IAMI”

Realizado en la Universidad Metropolitana con una intensidad de Cuarenta
(40) horas

Barranquilla, Julio 25 de 2015

MARTHA IBÁÑEZ DE OSORIO

Directora Extensión Universitaria

YADIRA GRAVINI ZAPATA

Coordinación de Educación Continua



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 22694020

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 7 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 22694020

Asistió al Curso de:

GESTIÓN DEL DUELO EN SEVICIOS DE SALUD (GDS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 7 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 22694020

Asistió al Curso de:

VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y CONFLICTO ARMADO (VCA)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 7 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - 05907 DE 2012

(19 de Diciembre de 2012)

"Por la cual se Autoriza el Ejercicio de un Oficio"

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de Agosto de 1994, y la Resolución No 00172 de 2012 expedida por el Secretario de Salud Departamental

CONSIDERANDO

Que **LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 22.694.020 expedida en Soledad - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio de su Ocupación como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, según **TÍTULO** que le otorgó el **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"**, el día 04 de diciembre de 1996, según Acta de Grado No. 96/0319.

RESUELVE

ARTICULO ÚNICO: Autorizase a **LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 22.694.020 expedida en Soledad - Atlántico para ejercer su Ocupación de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 19 de Diciembre de 2012



LUCIA PATRICIA SANCHEZ MAJANA

Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud.

Elaboró: Hilda Menco
Verificó: Elvis fueamayor



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA
EXTENSIÓN UNIVERSITARIA
EDUCACIÓN CONTINUA**

CERTIFICAN QUE:

Ledis Del Socorro Baca Ortiz

C.C. No. 22.694.020

Asistió al Curso:

“AIEPI COMUNITARIO E IIAMI”

Realizado en la Universidad Metropolitana con una intensidad de Cuarenta
(40) horas

Barranquilla, Julio 25 de 2015

MARTHA IBÁÑEZ DE OSORIO
Directora Extensión Universitaria

YADIRA GRAVINI ZAPATA
Coordinación de Educación Continua



ALCALDIA DISTRICTAL de BARRANQUILLA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRICTAL DE SALUD
DISTRISALUD



CERTIFICA QUE:

Ledys Baeca Ortiz

**ASISTIO A LA CAPACITACION PARA FACILITADORES
EN PREVENCION Y ATENCION DEL MALTRATO INFANTIL**

DURANTE: *el día 23 de Abril* DE 1.999

CON INTENSIDAD DE 8 HORAS

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE *Barranquilla* A LOS 23 DIAS DEL MES DE *Abril* DE 1.999

[Firma]
DIRECTOR DISTRISALUD

[Firma]
COORDINADORA PROGRAMA



E.S.E. HOSPITAL
**materno
Infantil**
CIUDAD DE SOLEDAD



Certifican que:

Ledis Bacca.

Asistió al Taller

SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Con una ~~importancia~~ de 6 horas Teóricas
Barranquilla, Noviembre 13 de 2015

[Signature]
PEDRO MULET MUGILLON
Gerente Hospital Materno Infantil

[Signature]
JULIANA DANGOND RUSSO
Directora Fund. Creamos



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

CONTRATANTE:	ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD
NIT:	802.013.023-5
No. CONTRATO:	TH-2025-0270
CONTRATISTA:	LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ
C.C:	22694020
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
VALOR:	UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS\$1500000 M/Cte
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	297 del 02 de Enero de 2025
PLAZO DE EJECUCION:	02 de Enero de 2025 HASTA 31 de Enero de 2025

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 MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, quien para efectos contractuales se denominara EL CONTRATANTE de una parte y por la otra **LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ** mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **22694020** quien bajo juramento, que se entiende rendido con la firma del presente contrato, declara no encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la Ley 1097 de 2008, y quien para los efectos de este contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos celebrado el presente acuerdo contractual que se registrá por las disposiciones y normas jurídicas aplicables, en concordancia al acuerdo 14 de 2018 y la Resolución 372 del 29 de diciembre de 2023, Manual de Contratación de la E.S.E y numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1.993 y de conformidad con los postulados que rigen la función administrativa, atendiendo al contenido de las cláusulas que a continuación se enuncian, previas las siguientes. CONSIDERACIONES: **1 Que Coordinador centro de salud de la E.S.E.** Elaboró el estudio y documentos previos para definir la necesidad de la contratación de prestación de servicios, objeto del presente contrato y en los que se establece la necesidad, conveniencia y oportunidad para su celebración **2.** Que para lo anterior se inició el trámite pre contractual correspondiente. **3.** Que el contratista presentó hoja de vida la cual satisfizo los requisitos de ley, adjudicándosele el presente contrato, **4.** Que la Oficina de Presupuesto de la ESE, expidió el Certificado de Disponibilidad Presupuestal que se anexa al presente contrato. el cual soporta presupuestalmente el compromiso que se deriva de la presente contratación. **5.** Que la selección del contrato se hizo mediante el proceso de contratación directa. **6.** Que el Jefe de Talento Humano certificó que la planta de personal no contaba con un funcionario para que desarrollara las tareas objeto de la presente contratación. En virtud de lo anterior las partes acuerdan: **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD** en el área de la Subgerencia Científica de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD. **CLAUSULA SEGUNDA: ALCANCE DEL OBJETO:** El objeto del presente contrato incluye las actividades y especificaciones indicadas en los estudios previos elaborados por LA E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD y en la propuesta presentada por el contratista, los cuales forman parte integral del presente contrato. **CLAUSULA TERCERA: PLAZO DE EJECUCIÓN:** Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución contractual y hasta el 31 de Enero de 2025 **CLAUSULA CUARTA: VALOR DEL CONTRATO:** Para todos los efectos fiscales y legales el valor del presente contrato es por la suma de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS(\$1500000) M/Cte.** **CLAUSULA QUINTA: FORMA DE PAGO:** El pago se realizará de la siguiente manera: Un unico pago a corte 31 de Enero de 2025 a razon de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS 1500000 M/Cte.,** pagando al principio de anualidad presupuestal y por el periodo contratado. LA ESE cancelará al CONTRATISTA el valor del contrato señalado, previa presentación del acta de recibo a satisfacción por parte del supervisor y/o interventor que el Hospital asigne. Para efectos, de pago el contratista deberá presentar además de lo anterior, la constancia y/o informes correspondientes a la realización de las actividades propias del objeto contractual, la acreditación del pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales (ARL) y la presentación de la factura y/o cuenta de cobro correspondiente según el régimen tributario al que pertenezca el Contratista. **CLAUSULA SEXTA:** La supervisión del presente contrato estará a cargo del (a) Coordinador centro de Salud de la E.S.E o quien haga sus veces, quien deberá velar por lo normado en el manual de contratación Resolución 372 del 29 de diciembre de 2023, entre ellos requerir al contratista cuando se presenten fallas en la prestación de servicios, prestar todo el apoyo que el contratista requiera para el adecuado desarrollo del objeto contractual, así mismo será el encargado de recibir los informes por parte del contratista, cualquier comunicación a que hubiere lugar y verificar el cumplimiento del pago de los aportes a la seguridad social integral. **Parágrafo 1:** El supervisor podrá solicitar acompañamiento del coordinador o jefe de área para velar el cumplimiento del contrato por parte del contratista. **Parágrafo 2:** El ordenador del gasto podrá en cualquier momento modificar el supervisor sin que para ello se requiera la supervisión de otros y para ello bastará la comunicación al nuevo supervisor y al contratista. **CLAUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.**1) Cumplir el contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad, por lo tanto, no existe, ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno entre las partes. 2) Entregar al supervisor del contrato todos los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos cuando así se requieran. 3) Atender todos los requerimientos, instrucciones y/o recomendaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta la Gerencia de la ESE a través del supervisor del mismo, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. 4) Afiliarse al





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

sistema de seguridad social en salud, pensiones, ARL y cumplir con las obligaciones contenidas en el Artículo 2.2.4.2.2.16., del decreto 1072 de mayo 26 de 2015. Y cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes: 1. Procurar el cuidado integral de su salud .2 Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. 3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. 5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. 6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato a efectos que los contratantes cumplan con el precitado decreto, realizar los pagos respectivos a las entidades que se encuentra afiliado; 7. Reportar ante estas los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que sobrevengan en la ejecución del objeto del contrato, en los términos y condiciones previstas en la Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios y presentar copia de los comprobantes de pago. 7) Avisar oportunamente a su supervisor inmediato sobre cualquier deficiencia que tengan los instrumentos, máquinas, equipos o implementos de labor con el fin de evitar accidentes, daños o costos adicionales. 8) Hacer el pago de las contribuciones establecidas en el Estatuto Tributario Departamental y Municipal vigentes, las cuales serán liquidadas en la Tesorería de la entidad territorial correspondiente, dentro de los cinco (5) días siguientes a la firma del contrato. 9) Aportar los documentos exigidos para la legalización del contrato. 10) Presentar la cuenta de cobro de conformidad con la Forma de pago estipulada en el contrato, junto con el informe de actividades realizadas para cada período de pago. CLAUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE. 1) Brindar la información y/o logística y demás elementos que el contratista requiera para el cumplimiento idóneo del objeto contractual. 2) Realizar el pago del valor del contrato, de conformidad con lo establecido en el mismo. 3) Vigilar la ejecución del contrato través de un supervisor designado para el efecto. 4) Se le reconocerá al contratista gastos de transporte y demás, cuando tenga que desplazarse a otra ciudad durante la ejecución del contrato con fines propios del cumplimiento del objeto contractual. 5) Todas las demás que se desprendan de la naturaleza del mismo. CLAUSULA NOVENA : GARANTIA: 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: Valor póliza (50000000) CLAUSULA DECIMA: NATURALEZA JURÍDICA: Este contrato se rige por los principios de transparencia, economía y responsabilidad establecidos en el acuerdo 14 de 2018 y la Resolución 372 del 29 de diciembre de 2023, Manual de contratación de la E.S.E. y en concordancia y de conformidad con los postulados rigen la función administrativa. CLAUSULA DECIMA PRIMERA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente contrato se entiende perfeccionado con la firma de las partes, para su ejecución se requiere del registro presupuestal expedido por el funcionario encargado de la oficina de Presupuesto. CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: LEGALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN. El contratista manifiesta bajo la gravedad de juramento que toda la documentación para la legalización y cobro del valor del contrato son legales, por lo que asume toda responsabilidad que de dichos documentos se generen. CLAUSULA DECIMA TERCERA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO: El contrato se terminará por las siguientes causas: a) Por cumplimiento a satisfacción del objeto del contrato. b) Por vencimiento del plazo sin que se hubiese prorrogado. c) Por mutuo acuerdo de las partes. CLAUSULA DECIMA CUARTA: TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO: la E.S.E en uso de las facultades exorbitantes otorgadas por la ley podrá en cualquier momento dar por terminado de manera unilateral el presente contrato de prestación de servicios sin que se genere indemnización alguna a favor del contratista. CLAUSULA DECIMA QUINTA: SUSPENSIÓN DEL CONTRATO. Por razones de fuerza mayor o caso fortuito, se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para que los efectos del plazo extintivo se computen el tiempo de suspensión. CLAUSULA DECIMA SEXTA: CESIÓN DEL CONTRATO, el CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato a persona natural o jurídica alguna, sin el consentimiento previo y escrito del contratante. CLAUSULA DECIMA SÉPTIMA: – SUBCONTRATACIÓN: Queda prohibida la subcontratación del presente contrato sin la previa autorización de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD. CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: - MULTAS: Si durante la ejecución del contrato EL CONTRATISTA incumple alguna o algunas de las obligaciones derivadas del presente contrato, la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD le impondrá multas diarias y sucesivas equivalentes al cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor total del contrato, sin exceder el diez por ciento (10%) de ese mismo valor total. El pago o la deducción de las multas, no exonerará al CONTRATISTA de terminar la ejecución, ni demás obligaciones derivadas del presente contrato. CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: - CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA: En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento del contrato, El CONTRATISTA se hará acreedor a una sanción a título de cláusula penal pecuniaria, equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del presente contrato, suma que se hará efectiva directamente por la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, considerándose como pago parcial de los perjuicios que pudieran ocasionársele. El CONTRATISTA autoriza a LA E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD para descontar y tomar el valor de la cláusula penal y de las multas mencionadas en la presente cláusula, de cualquier suma que le adeude a E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD por éste u otro contrato o concepto, sin perjuicio de efectuar el cobro conforme a la ley. El pago o la deducción de las multas, no exonerará al CONTRATISTA de terminar la ejecución, ni demás obligaciones nacidas del contrato. CLAUSULA VIGÉSIMA: EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL: EL CONTRATISTA ejecutará el objeto de este contrato con plena autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo cual no se generará ningún tipo de vínculo laboral entre la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD y EL CONTRATISTA. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIA CONTRACTUALES: ETAPA DE ARREGLO








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

DIRECTO. Las controversias que surjan entre EL CONTRATISTA y LA E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, con ocasión a la celebración, ejecución, interpretación, ampliación, terminación o liquidación del contrato, incluyendo las consecuencias económicas de los actos administrativos expedidos en ejercicio de facultades excepcionales, serán resueltas por las partes mediante la figura del arreglo directo en un término máximo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha en que cualquiera de las partes le comunique a la otra la existencia de una diferencia y manifieste la intención de iniciar la etapa de arreglo directo. La JURISDICCIÓN COMPETENTE será la Contenciosa Administrativa. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO: Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a) Estudios Previos; b) Certificado de Disponibilidad y Registro Presupuestal; c) La propuesta presentada por EL CONTRATISTA; d) Los informes de supervisión suscritos por el supervisor; f) Reglamento de Contratación de la Empresa Social del Estado Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad; g) Todos los demás documentos que se produzcan durante el desarrollo del mismo. CLAUSULA VIGÉSIMA TERCERA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad de juramento no hallarse incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades previstos en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes al caso, así como también lo establecido en el Manual de Contratación de la E.S.E. CLAUSULA VIGÉSIMA CUARTA: INDEMNIDAD: EL CONTRATISTA mantendrá indemne a la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, de reclamos, demandas, acciones legales que generen daños, perjuicios o lesiones originados en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones y/u omisiones y asumirá directamente la responsabilidad de los mismos. CLAUSULA VIGÉSIMA QUINTA: CONFIDENCIALIDAD: CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD. EL CONTRATISTA se compromete a mantener la reserva de la información, documentos y resultados que conozca y obtenga directa o indirectamente con ocasión del servicio desarrollado y abstenerse de divulgar en cualquier tiempo, por cualquier medio de comunicación, el contenido total o parcial de la información que le sea encomendada para el desarrollo de este contrato. PARÁGRAFO. EL CONTRATISTA se compromete para con el CONTRATANTE, a mantener absoluta confidencialidad de la información suministrada para el desarrollo de la labor contratada, por lo tanto, EL CONTRATISTA, no deberá sacar información de LA E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD ni usarla a su favor. CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA: LIQUIDACIÓN: Para los contratos de prestación de servicio profesionales y/o de apoyo a la gestión, no es obligatorio de conformidad con el artículo 217 del decreto 019 del 10 de enero de 2012. CLAUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: DOMICILIO: Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio el municipio de Soledad (Atlántico).

Para constancia se firma por las partes, en el municipio de Soledad, el día 02 de Enero de 2025


NELSON ENRIQUE GARCIA PEREZ
Gerente


LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ
Contratista

Elaboró: EA-Profesional Contratación. 
Revisó: SK- Jefe de Talento Humano. 
ADMINISTRATIVA COSTA HERMOSA





IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 22694020

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE



Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA
EXTENSIÓN UNIVERSITARIA
EDUCACIÓN CONTINUA**

CERTIFICAN QUE:

Ledis Del Sacara Baca Ortiz

C.C. No. 22.694.020

Asistió al Curso:

“AIEPI COMUNITARIO E IAMI”

Realizado en la Universidad Metropolitana con una intensidad de Cuarenta
(40) horas

Barranquilla, Julio 25 de 2015

MARTHA IBÁÑEZ DE OSORIO

Directora Extensión Universitaria

YADIRA GRAVINI ZAPATA

Coordinación de Educación Continua

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento: CC-22694020

Nombres: LEDIS DEL SOCORRO

Apellidos: BACA ORTIZ

No. de Carnet: ECE3337720050DB71D0B6701D2D7E064

Tipo de afiliado: COTIZANTE

Fecha de afiliación: 2020-06-01

Estado de afiliación: Activo

Régimen: Contributivo

IPS: PROMOTORES DE LA SALUD DE LA COSTA S.A.S. PROMOCOSTA S.A.S.

Departamento - Municipio: ATLANTICO-SOLEDAD

Categoría: A

OBSERVACIONES:

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

La anterior certificación se expide y firma el jueves, 20 de febrero de 2025, a solicitud del interesado.



CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN S.A.S
NIT 901.560.863-1

CERTIFICA QUE

LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 22694020

Asistió al Curso de:

INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA IAMI INTEGRAL (IAMI)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Enrique Hernando Cortes Burgos
GERENTE



Enrique Hernando Cortes Burgos
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 22694020

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 7 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **22694020**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2004** 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 20 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, **LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ** identificado con **CC No. 22694020**, 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): 202501012738820.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 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



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 22694020

Asistió al Curso de:

GESTIÓN DEL DUELO EN SEVICIOS DE SALUD (GDS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 7 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LEDIS DEL SOCORRO BACA ORTIZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 22694020

Asistió al Curso de:

VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y CONFLICTO ARMADO (VCA)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 7 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



**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.

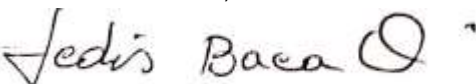
6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

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: 

Nombre: **LEDIS BACA ORTIZ**

Identificación: **22.694.020**





CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **LEDIS BACA ORTIZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. **22.694.020** expedida en **SOLEDAD** 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

C.C 22.694.020

Nombre: LEDIS BACA ORTIZ





**CERTIFICADO DE INHABILIDADES E
INCOMPATIBILIDADES**



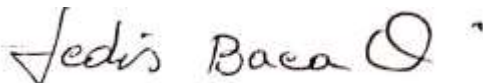
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, **LEDIS BACA ORTIZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. **22.694.020** expedida en **SOLEDAD**, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manifiesto que me encuentro actualmente afiliado(a) a la aseguradora de riesgos laborales **POSITIVA** y me comprometo a pagar mensualmente a la administradora de riesgos laborales los aportes correspondientes a la suscripción del contrato de prestación de servicio.

Yo, **LEDIS BACA ORTIZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. **22.694.020** expedida en **SOLEDAD**, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la **ASEGURADORA POSITIVA ARL**

SI NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CALLE 13 · # 16 ^a -66
NUMERO DE TELÉFONO	3007814909
CORREO ELECTRÓNICO	LEDISBACAORTIZ1@GMAIL.COM
FONDO DE PENSIÓN	COLPENSIONES
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	COOSALUD

Firma 

CC **22.694.020**

Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta

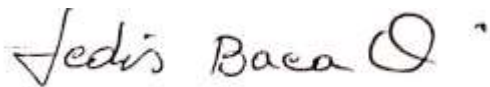
Soledad, 01 de Agosto de 2024

Asunto: Autorización de consulta

Yo **LEDIS BACA ORTIZ** identificado con cedula de ciudadanía número **22.694.020**, autorizo la consulta de mis datos por parte de Entidades Públicas a través del Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II

Cordialmente,

LEDIS BACA ORTIZ
(Nombres y Apellidos Completos)

Handwritten signature of Ledis Baca Ortiz in black ink, written in a cursive style.

Firma

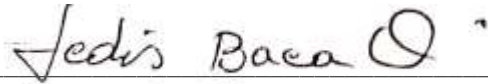
CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

LEDIS BACA ORTIZ 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 agosto de 2024



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

Nombre: **LEDIS BACA ORTIZ**

Documento de Identidad: **22.694.020**

