PROPUESTA PARA CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
MÉDICO GENERAL – SERVICIO DE URGENCIAS

Señores: E.S.E. Hospital San Antonio de Chía

Respetados señores.

Yo, **PAULA VALERIA ARIZA HUERTAS**, identificada con cédula de ciudadanía No **1.000.512.367** expedida en Bogotá D.C., me permito presentar propuesta para prestar mis servicios profesionales como Médico General, bajo las condiciones que se describen a continuación, en calidad de Contratista Independiente.

1. OBJETO DEL CONTRATO

Prestación de servicios profesionales para la gestión asistencial como **Médico General en el Servicio de Urgencias** de la E.S.E. Hospital San Antonio de Chía – Centro de Salud Transitorio, con atencion de calidad, oportunidad y enfoque humanizado.

2. ACTIVIDADES A REALIZAR

2.1 Atención clínica y asistencial

- Realizar consultas de urgencias y atención a pacientes hospitalizados conforme a los protocolos institucionales y el nivel de triage asignado, garantizando diagnóstico oportuno, formulación terapéutica y definición de conducta clínica dentro de los tiempos reglamentarios.
- Diligenciar de forma completa y oportuna las historias clínicas de cada paciente, incluyendo motivo de consulta, enfermedad actual, anamnesis, examen físico, impresión diagnóstica, tratamiento, evolución y recomendaciones, de conformidad con la normatividad vigente.
- Realizar rondas médicas y evoluciones al servicio de hospitalización, garantizando la continuidad del cuidado.
- Efectuar la remisión oportuna de pacientes a especialistas u otros niveles de atencion cuando la complejidad del caso así lo requiera
- Realizar control médico periódico a los pacientes asignados según necesidad clínica

2.2 Atención humanizada y comunicación con el paciente

- Brindar atención en salud con calidad humana, respeto por la dignidad del paciente y su familia, comunicación empática y clara, asegurando que el paciente comprenda su diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
- Orientar e informar a los usuarios sobre sus derechos y deberes en salud, los servicios disponibles en la E.S.E., los mecanismos de participación y los requisitos para la obtención de atenciones, en lenguaje accesible y comprensible.

[illegible] para la cual seré contratada, en calidad de persona natural no responsable de

Empresa Social del Estado
Hospital San Antonio de Chía

Fecha de diligenciamiento: 1 8 2021

1. INFORMACIÓN BÁSICA

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. INFORMACIÓN FINANCIERA (Solamente para personas PEPS)

3. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

4. DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

5. FIRMA Y HUELLA

Pola Victoria Arroyo H.

Nombre: Pola Victoria Arroyo Hurtado

No es cliente

6. PARA USO EXCLUSIVO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA

7. NOMBRE Y FIRMA DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO SARLAFT
E.S.E. Hospital San Antonio de Chía

Mylot

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-06-09 10:31

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAULA	VALERIA	ARIZA	HUERTAS

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1000512367

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

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	HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	CHÍA

Dirección	["Carrera 10 NO.8 - 24"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$6.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$6.000.000,00

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	$4.679.181,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CRÉDITO	$180.458,00
PLAN POSTPAGO	$45 396,00

12 PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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:

Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

YO, PAULA VALERIA ARIZA HUERTAS

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. Nº 1,000,512,367 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ
Municipio	BOGOTÁ		
Dirección	CRA 68 #19 - 72 TORRE 1, APTO 2203	Teléfonos	3168475583

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	PARENTESCO
Sin parientes de primer grado de consanguinidad vivos		

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3º, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$6.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	

COLOMBIA VIDA

Salud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

PAULA VALERIA AMAYA HURTADO

C.C. 1000512367

MÉDICO

Medicina

Graduado 29/01/2019

Registro [illegible]



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 del 2007 y el Decreto 4192 del 2010 complado en el 780 de 2016. Si esta tarjeta es encontrada favor devolver al Colegio Medico Colombiano a la Carrera 7# 69-17

Stevenson Marulanda Plata

Representante legal Colegio Medico Colombiano

Paula Valeria Ariza H.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUIP 1.000.512.367

ARIZA HUERTAS

APELLIDOS

PAULA VALERIA

NOMBRES

Paula Valeria Ariza H.





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUN-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-JUN-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



P 1500150-01084080-F-1000512367-20180728 0081886184A 2 50418648

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1 8 0 3

Personería jurídica Ley 71 de 1878 del Estado Soberano de Antioquia y Ley 153 de 1887

ACTA DE GRADUACIÓN 161155

Libro 105 Folio 48-569 del 29 de enero de 2026

DEPENDENCIA FACULTAD DE MEDICINA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA Consejo Académico,0148 del 04 de agosto de 1999

PROGRAMA: MEDICINA

La Vicerrectoría de Docencia, autorizó el trámite de la presente graduación mediante la Resolucion 2 del 26 de enero de 2026; una vez verificado este y los requisitos dispuestos en las normas universitarias, el Decano(a) o Director(a), el Secretario(a) General y el Rector(a), autorizan conferir el 29 de enero de 2026, el título de:

MÉDICA Y CIRUJANA

A

PAULA VALERIA ARIZA HUERTAS

Identificada con cédula de ciudadanía 1000512367

En constancia se firma esta acta en la ciudad de Medellín, República de Colombia.

HÉCTOR IVÁN GARCÍA GARCÍA
Rector

DAVID HERNÁNDEZ GARCÍA
Secretario General

PABLO JAVIER PATIÑO GRAJALES
Decano

Firmado digitalmente conforme la legislación colombiana vigente. Para verificar la autenticidad del documento, diríjase a www.udea.edu.co, Servicios en línea Verificación de documentos electrónicos, e ingrese el código: EG1000512367, o escanee el código QR.

Firmador por:
Universidad de Antioquia
2026-01-27 10.22.11.324



sura

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha	Oficina radicación	Número de cotización	Número de póliza	Documento
BOGOTA D.C., 2026-06-03	2769 - SUCURSAL BOGOTA 1	0304a1892606034118260	900001609725	EXPEDICION POLIZA NUEVA

Vigencia del seguro		Días de vigencia del seguro
Desde las 00:00 horas del 2026-06-03	Hasta las 23:59 horas del 2027-06-03	365

Moneda
COP

ASESOR

Nombre	Código
ANGELICA MARIA VILLAMIL CORTES	45425

TOMADOR

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Tomador principal	Calidad Tomador	Dirección de correspondencia
PAULA VALERIA ARIZA HUERTAS	CEDULA DE CIUDADANIA	1000512367	✓	En nombre propio	cra 16 # 19 72

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación
PAULA VALERIA ARIZA HUERTAS	CEDULA DE CIUDADANIA	1000512367

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Médico General | Valor asegurado: $400.000.000

Fecha de retroactividad: 03/06/2026

Gastos de Defensa	100%	100%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de defensa por tribunal de ética médica	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de Defensa (Penales)	10%	10%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Asistencia jurídica telefónica			
Responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o personales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Errores y Omisiones en Dictamenes periciales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad Civil profesional	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

CONDICIONES PARTÍCULARES

Cláusulas

Cláusula gastos de defensa en procesos penales