La unión, 05 de agosto de 2026

## JUSTIFICACION DE LA NECESIDAD

### 1. DEFINICION DE LA NECESIDAD

1.1 **Población de referencia**: usuarios del municipio de La Unión, Antioquia

1.2 **Población afectada o carente**: 100%

1.3 **Población objetivo**: personas, familias y comunidades del municipio de La Unión que requieran la ejecución de actividades del plan de intervenciones colectivas - PIC, dirigidas a la promoción de la salud y gestión del riesgo colectivo, de acuerdo con los lineamientos de la resolución 1597 de 2025.

1.4 **Causa del problema**:

El artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", establece que: “El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad”.

la necesidad de reforzar el PDSP 2022-2031 se fundamenta en asegurar una gestión eficiente y efectiva de la salud pública, garantizando la capacidad técnica, administrativa y operativa de las instituciones de salud a nivel nacional y territorial para alcanzar los objetivos de salud establecidos en el plan y se centra en desarrollar y mejorar la capacidad de las instituciones de salud para ofrecer servicios eficientes y de calidad. Esto implica una serie de acciones estratégicas en capacitación, infraestructura, gestión, y control de calidad, respaldadas por un sólido marco jurídico. Las leyes y decretos colombianos proporcionan la base legal y normativa necesaria “para implementar estas acciones y asegurar que las instituciones de salud puedan cumplir con su misión de proteger y promover la salud de la población”.

El PIC tienen varias responsabilidades como son incrementar las coberturas de intervenciones individuales de promoción de la salud, detección temprana, protección específica y gestión para la vigilancia epidemiológica. Además, deben atender enfermedades de interés en salud pública, todo ello de acuerdo con las necesidades identificadas dentro del marco de la APS.

La Empresa Social del Estado Hospital San Roque celebro el contrato interadministrativo N. 2026 – 0186 CISI del 15 de julio de 2026 con el Municipio de La Unión, para la ejecución de actividades del plan de intervenciones colectivas - PIC, dirigidas a la promoción de la salud y gestión del riesgo colectivo, de acuerdo con los lineamientos de la resolución 1597 de 2025, así como apoyar el proceso de gestión de vigilancia de eventos de interés en salud pública y el transporte, recepción de biológicos, insumos y medicamentos del municipio de la unión – Antioquia.”.

El alcance del proyecto antes citado es fortalecer la ejecución de las Acciones de Salud Pública del municipio en el marco de la estrategia de atención primaria en salud – Según EL Plan Decenal de Salud Pública. La población beneficiaria son las familias que ingresan nuevas a la estrategia y el seguimiento a familias que vienen de años anteriores. Estas familias son priorizadas por el municipio de acuerdo a su vulnerabilidad y acceso a servicios de salud. Por lo expuesto se hace necesario contratar los servicios de una profesional Enfermera, para desarrollar las actividades propias del PIC bajo la estrategia APS en el municipio con el desempeño de las siguientes funciones:
Finalmente teniendo en cuenta que la ESE no cuenta con el personal requerido para la prestación del servicio, se identifica la necesidad de contratar personal para prestar los servicios requeridos en el marco del PIC departamental.

El personal a contratar, es el siguiente:

| PROPUESTA DE VALOR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBRO | CANTIDAD DE PERSONAS POR EQUIPO | Descripción y especificaciones técnicas | VALOR UNITARIO POR PERFIL POR 4 MESES, 15 DÍAS | VALOR MES |
| Auxiliar de Enfermería | 3 | Auxiliar de enfermería | $35.100.000 | $ 2.600.000 |
| Profesional en psicología | 1 | Profesional en psicología con experiencia en PIC | $ 16.200.000 | $ 3.600.000 |
| Profesional Trabajadora Social | 1 | Profesional en enfermería o trabajo social | $ 16.200.000 | $ 3.600.000 |
| Coordinadora(a) Profesional en Enfermería o de las ciencias sociales | 1 | Profesional en Enfermería o de las ciencias sociales | $ 18.000.000 | $ 4.000.000 |
| | | | | |
| Talento Humano | | | $ 85.500.000 | $ 13.800.000 |

## 2. DEFINICIÓN TÉCNICA

Solo se puede satisfacer la anterior necesidad mediante la contratación de personal técnico y profesional para el desarrollo de las actividades dadas según los lineamientos técnico – operativo del PIC.

## 3. CONDICIONES BASICAS DEL CONTRATO

### 3.1. Objeto del Contrato:

Prestar servicios de salud en el PIC municipal, como Auxiliar de Enfermería, en el marco de la implementación del modelo de salud preventivo y predictivo que garantice el derecho fundamental a la salud e incida en los resultados en salud de las personas, familias y comunidades del territorio, con el fin de

ejecutar las acciones de actividades del plan de intervenciones colectivas - PIC, dirigidas a la promoción de la salud y gestión del riesgo colectivo, de acuerdo con los lineamientos de la resolución 1597 de 2025, así como apoyar el proceso de gestión de vigilancia de eventos de interés en salud pública y el transporte, recepción de biológicos, insumos y medicamentos del municipio de La unión – Antioquia.

### 3.2. Plazo y Lugar de Ejecución:

PLAZO DE EJECUCIÓN. El plazo para la prestación de los servicios será de cuatro (04) meses y 15 días que se contarán a partir de la suscripción del acta de inicio.

3.3 LUGAR DE EJECUCIÓN. Las actividades se ejecutan en el municipio de La Unión tanto en área urbana como rural según el territorio asignado y en La ESE Hospital San Roque del municipio de La Unión en caso de requerirse.

### 3.4 SOPORTE TECNICO Y ECONOMICO DEL VALOR DEL CONTRATO

Para la realización del soporte técnico y económico se partió del presupuesto aprobado es:

| RUBRO | CANTIDAD DE PERSONAS | VALOR UNITARIO POR PERFIL |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermería | 3 | $ 2.600.000 |

### 3.5. Obligaciones del contratista

1. Realizar las actividades, según anexo del COAI.
2. Desarrollar las actividades bajo la estrategia de APS, articulada con los diferentes programas y políticas de la administración municipal y La ESE.
3. Realizar cronograma de las diferentes actividades, como el insumo para los mismos, debe contar con el visto bueno, del supervisor del contrato.
4. Realizar el cargue de las evidencias en el Drive asignado por la secretaría de Salud y Protección Social, para ello deben tener en cuenta lo siguiente:
5. Planeación de la actividad: Debe estar completamente diligenciada, que tenga correspondencia con la información contenida en los listados de asistencia, como fecha, hora, lugar, grupo o población intervenida. Con respecto a los listados de asistencia: Estos se constituyen en factura, por tanto, debe contener atributos de: precisión, completa, orientada al usuario, relevante, accesible y oportuna, sin tachaduras, ni enmendaduras, ORIGINAL, NO SE ACEPTAN COPIAS.
6. Evaluación de la actividad: Por cada actividad se debe presentar como mínimo tres (3) registros diligenciados. Debe contener la información de fecha, hora, lugar, grupo intervenido correspondiente con la planeación y listados de asistencia.
7. Registro fotográfico: Por cada actividad debe presentar al menos cinco (4) fotografías que muestre al responsable de la actividad en diferentes momentos y ángulos.
8. Consolidado de enfoque diferencial: Completamente diligenciado. Debe contener la información de fecha, hora, lugar, grupo intervenido correspondiente con la planeación y listados de asistencia.
9. Las actividades pueden ser modificadas, teniendo en cuenta el estado actual de salud pública del municipio y/o departamento, previa autorización del supervisor.

10. Ejecutar las actividades del contrato conforme a las especificaciones técnicas, presentar informe de actividades mes a mes y cada actividad realizada en cada dimensión debe tener el soporte según el COAI.
11. Las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato teniendo en cuenta las prioridades del Plan Territorial de Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato.
13. Suscribir las actas correspondientes para el desarrollo del objeto contractual y presentar los informes mensuales de ejecución contractual; con las respectivas evidencias de las actividades ejecutadas organizadas adecuadamente tanto en físico como digital.
14. Tener usuario y contraseña en la plataforma SECOP II para el cargue de los informes para los respectivos pagos.
15. Realizar las demás obligaciones de acuerdo con su competencia profesional y que sean inherentes al objeto contractual y otras funciones asignadas por el supervisor del contrato.
16. Demás actividades que contribuyan al cumplimiento del objeto contractual.
17. Llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.
18. Fortalecimiento de alianzas intersectoriales para hacer más eficaces las acciones de promoción.
19. Desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.
20. Reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción.
21. Refuerzo del poder de los ciudadanos para formar parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables.
22. Desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud.
23. Colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud y desarrollo y cumplimiento de las diferentes actividades en salud pública del municipio.
24. Facturar atenciones y actividades realizadas durante las diferentes jornadas realizadas durante el contrato

### 3.6. Selección del contratista y justificación:

La E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA establece como modalidades y mecanismos de contratación la Contratación Directa que es el procedimiento en el cual se celebra directamente el contrato. Por la naturaleza del contrato esta modalidad es viable, teniendo que es un contrato que tiene relación directa con la prestación de servicios de salud.
Esta modalidad se ajusta plenamente a las facultades del Gerente de la ESE Hospital San Roque de La Unión–Antioquia de contratar los servicios requeridos para el normal funcionamiento de la entidad y sus sedes y demás que, en materia de contratación, la ESE Hospital San Roque de La Unión–Antioquia se rige por normas de derecho privado según, la Ley 100 de 1993, la Ley 1474 de 2011, Resolución 5185 de 2013, Resolución 1440 de 2024

## 4. GARANTÍAS Y RIESGOS:

### 4.1. Riesgo

La no prestación oportuna del servicio
La prestación deficiente del servicio

En general él no cumplimiento cabal de las obligaciones o actividades relacionadas con el objeto de contrato y descritas en el anexo técnico

**Forma de mitigarlo:** La E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA atendiendo las circunstancias anteriores considera pertinente señalar que los riesgos que se evidencian, serán asumidos por la institución, en la medida que a través de procesos de auditoría y supervisión contractual, los mismos se pueden minimizar, a la par con las exigencias que se vienen realizando en el proceso de garantía de la calidad Por otra parte que, dado el tipo de contrato y el hecho de que el pago al contratista solo procederá, previa constatación y certificación del cumplimiento de las obligaciones o actividades encomendadas, lo cual realiza precisamente el supervisor del contrato, la entidad no se expone a un riesgo en cuanto su patrimonio, además que en esta clase de contratos no se autorizan pagos anticipados ni se conceden anticipos.

## 5. SUPERVISIÓN

La supervisión de este contrato estará a cargo de la Subdirección Científica de la E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA

## 6. CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO Y RECOMENDACIÓN

Se concluye que es absolutamente necesario para la E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA la contratación conforme la justificación de la necesidad y por ser esencial para garantizar la prestación del servicio y cumplimiento de los objetivos misionales e institucionales de la E.S.E. Se recomienda la realización de contracción directa para la prestación del servicio requerido

Maricela Cadavid Osorio
Subdirección Científica
Supervisora Contrato

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| OSORIO | OROZCO | OMAIRA ANDREA |

| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* | *GENERO* | *NACIONALIDAD* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1036786488 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

*LIBRETA MILITAR*
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 05 MES 12 AÑO 1999

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO LA UNIÓN

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CALLE 11 12 31 Barrio el morro

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO LA UNIÓN

TELÉFONO 3194288665 EMAIL andreaosorio733@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO* | EDUCACION MEDIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° (X) | MES | 11 | AÑO | 2016 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

| *INSTITUCIÓN* | *MODALIDAD* | *No. TOTAL HORAS* | *GRADUADO* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS* | *TERMINACIÓN* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | *SI* | *NO* | | *MES* | *AÑO* |
| Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 1800 | X | | Técnico Laboral Por Competencias en auxiliar de Enfermería | 12 | 2018 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* |
| | | | | | | | | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>LA UNIÓN | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 27 | *Mes* | 02 | *Año* | 2026 | *Día* | | *Mes* | | *Año* |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>PIC DEPARTAMELTAL | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 2 SUR 8 35 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>LA UNIÓN | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 17 | *Mes* | 01 | *Año* | 2026 | *Día* | | *Mes* | | *Año* |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>CONTRATISTA | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 2 SUR 8 35 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>LA UNIÓN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 09 | *Año* | 2025 | *Día* | 15 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>CONTRATISTA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 3 null null | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>LA UNIÓN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 09 | *Mes* | 06 | *Año* | 2025 | *Día* | 09 | *Mes* | 09 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AAUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>CONTRATISTAS | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 3 null null | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>MEC medicina en casa | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>LA UNIÓN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3188416000 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 06 | *Año* | 2022 | *Día* | 19 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA APH | *DEPENDENCIA*<br>AMBULANCIA BASICA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14 12 16 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>LA UNIÓN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5560619 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 05 | *Mes* | 04 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 05 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR ENFERMERIA APS | *DEPENDENCIA*<br>APS-PIC | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 12 12 54 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>LA UNIÓN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5560619 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 04 | *Año* | 2021 | *Día* | 30 | *Mes* | 12 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA EXTRAM | *DEPENDENCIA*<br>APS-PIC | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 12 11 54 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>LA UNIÓN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5560619 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 08 | *Año* 2020 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2020 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL PIC | *DEPENDENCIA*<br>APS / PIC | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 12 11 54 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>LA UNIÓN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5560619 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 04 | *Año* 2020 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2020 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA PIC | *DEPENDENCIA*<br>APS-PIC | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 12 11 54 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN ROQUE DE LA UNION ANTIOQUIA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>LA UNIÓN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5560619 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 25 | *Mes* | 04 | *Año* 2019 | *Día* | 25 | *Mes* | 11 | *Año* | 2019 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA PIC | *DEPENDENCIA*<br>APS / PIC | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 12 11 54 | | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 2 | 10 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* _____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

*Ciudad y fecha* *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Carlos Andrés Marulanda
Consultorio Médico

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| **31** DÍA | **05** MES | **2025** AÑO | CIUDAD: La Union | **EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO LABORAL** |

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

| ESE HOSPITAL SAN ROQUE LA UNION ANTIOQUIA | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **Empresa en misión** |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| **OMAIRA ANDREA OSORIO OROZCO** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | Femenino | 25 años | | CC - 1036786488 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

| Cargo | EPS EPS SURA | AFP PORVENIR | ARL ARL COLMENA |
|---|---|---|---|
| **AUXILIAR DE ENFERMERIA** | Estudios: Técnica | | |

## RESTRICCIONES LABORALES

EXAMEN DE INGRESO, SIN RESTRICCIONES, SE SUGIERE VALORACION OPR OPTOMETRIA POR LEVE DIFERENCIA DE LA AGUDEZA VISUAL, OD/ OI, Y TAMBIEN PRUEBAS DE FUNCION TIRIODEA, DADO QUE SE IDENTIFICA BOCIO LEVE, NO NODULAR. RECOMENDACIONES HACER PAUSAS ACTIVAS DADO QUE REALIZA ACTIVIDADES DE CAMINATA Y ESTAR DE PIE DURANTE VARIAS HORAS DE L A JORNADA LABORAL.

## CONDUCTA:

## OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

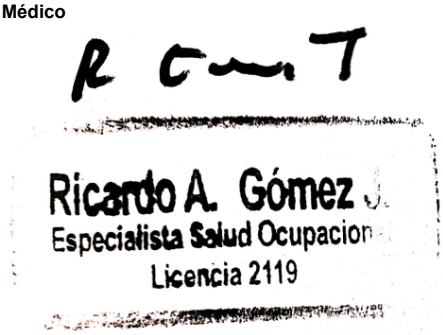
EXAMEN DE INGRESO, SIN RESTRICCIONES, SE SUGIERE VALORACION OPR OPTOMETRIA POR LEVE DIFERENCIA DE LA AGUDEZA VISUAL, OD/ OI, Y TAMBIEN PRUEBAS DE FUNCION TIRIODEA, DADO QUE SE IDENTIFICA BOCIO LEVE, NO NODULAR. RECOMENDACIONES HACER PAUSAS ACTIVAS DADO QUE REALIZA ACTIVIDADES DE CAMINATA Y ESTAR DE PIE DURANTE VARIAS HORAS DE L A JORNADA LABORAL.

## CONCEPTO

Apto sin restricciones

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el prop ósito, los beneficios, la interpretaci ón, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realizaci ón de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Cl ínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




Dr. Ricardo A. Gomez

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Omaira Andrea Osorio Orozco

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1,036,786,488 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| Colombia | Antioquia | La Union |

| Dirección | Teléfonos |
|---|---|
| Calle 11 #12-31 | 3194288665 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Jose Gilberto Osorio Pavas | 3,520,363 | Padre |
| Blanca Doris Orozco Garcia | 43,472,808 | Madre |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, 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 | 27.443.000 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | 1.200.000 |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | - |
| ARRIENDOS | - |

| | |
|---|---|
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 28.643.000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Bancolombia | Ahorros | 2446830824 | Rionegro | $ 287.537 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**EMPLEADOR O CONTRATANTE**