E.S.E. HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	FORMATO MATRIZ DE TIPIFICACION, ASIGNACION DE RIESGOS	CODIGO: JU-FR-033 VERSIÓN: 1 FECHA: 30/12/2014 PAGINA: 1 de 2

												Impacto después del tratamiento									Monitoreo y revisión	
												Probabilidad		Valoración del riesgo	Categoría			Fecha estimada en que se inicia el tratamiento		¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
GENERAL	INTERNO	PLANEACION	OPERACIONAL	Que la descripción del servicio requerido no quede determinado claramente en el estudio previo	Que al momento de la ejecución la prestación del servicio no corresponda a las necesidades de la ESE	3	2	5	RIESGO MEDIO	ESE HOSPITAL Y CONTRATISTA	1) Elaborar un buen estudio previo describiendo claramente la necesidad de la ESE HOSPITAL y la forma de satisfacerla, lo cual incluye las características o condiciones técnicas para la ejecución de la obra, la adquisición del bien o la prestación del servicio.	1	2	3	RIESGO BAJO	SI		Elaboración del Estudio Previo	Aprobación del Estudio Previo	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
GENERAL	INTERNO	SELECCIÓN Y CONTRATACION	OPERACIONAL	Que el contratista no cuente con toda la documentación o requisitos exigidos	Expedientes contractuales incompletos e incumplimiento a las normas de contratación	3	3	6	RIESGO ALTO	ESE HOSPITAL Y CONTRATISTA	No autorizar, permitir o consentir el inicio de actividades sin que se verifique que el contratista cuenta con toda la documentación	3	2	5	RIESGO MEDIO	SI	SUPERVISOR ASISTENCIAL (Profesional de la Salud o Asistencial)	Antes del perfeccionamiento del contrato	Suscripción del contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
											Designar una persona de apoyo al área de contratación que sirva de filtro y de control para verificar antes de proceder con el perfeccionamiento del contrato que el futuro Contratista cuenta con toda la documentación requerida						JEFE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Procesos Administrativos)				
											Implementar lista de chequeo que permita evidenciar que el futuro contratista cuenta con la documentación requerida						1) APOYO LE CONTRATACION				
GENERAL	EXTERNO - INTERNO	CONTRATACION	OPERACIONAL	Que el Contratista no presente las garantias exigidas en el contrato o que su presentación sea tardia	1) Inicio de contratos sin el cumplimiento de los requisitos de ejecución 2) Que se presente un siniestro y no pueda ampararse por no contar con las garantias que respaldan el contrato , según los riesgos vislumbrados desde la elaboración del estudio previo; 3) Hallazgos administrativos por parte de los Entes de Control	3	3	6	RIESGO ALTO	ESE HOSPITAL Y CONTRATISTA	Implementar un instrumento de control que permita evidenciar si el contrato ya cuenta con las garantias exigidas y la fecha de aprobación	3	2	5	RIESGO MEDIO	SI	INTERVENTOR O SUPERVISOR	Perfeccionamiento del contrato	Al Inicio del Contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
											Verificar para el inicio del contrato que se cuenta con las garantias exigidas y que las mismas han sido aprobadas por la ESE HOSPITAL						INTERVENTOR O SUPERVISOR				
											No dar inicio a la ejecución de los contratos hasta que no se acrediten las garantias exigidas y las mismas se encuentren aprobadas						1) INTERVENTORES O SUPERVISORES 2) JEFE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Procesos Administrativos)				
GENERAL	INTERNO	CONTRATACION Y EJECUCIÓN	OPERACIONAL	Que las garantias aportadas no cuenten con la suficiencia exigida en el contrato	Que se presente un siniestro y no pueda ampararse por no contar con las garantias que respaldan el contrato , según los riesgos vislumbrados desde la elaboración del estudio previo;	3	5	8	RIESGO EXTREMO	ESE HOSPITAL Y CONTRATISTA	1) Revision de todas las garantias aportadas 2) Requerir al contratista en caso de que la garantia no sea suficiente 3) Elaboración de las actas de aprobacion de la suficiencia	1	5	6	RIESGO ALTO	NO	AREA DE CONTRATACION	Una vez suscrito el contrato	Dentro de los cinco días siguientes a la suscripción del contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
											No dar inicio a la ejecución del contrato hasta tanto no se encuentren aprobadas las suficiencias de las garantias exigidas						INTERVENTORES Y SUPERVISORES	Al inicion del contrato	Al Inicio del Contrato		
		UCION		Que no se realice la							Designar una persona de apoyo al área de contratación que sirva de filtro y de control para realizar la publicación de los documentos en el SECOP en el termino establecido						JEFE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (Procesos Administrativos)			Mediante la	

GENERAL	INTERNO	CONTRATACION Y EJEC	OPERACIONAL	Que no se realice la publicación del contrato y demas documentos en el SECOP o que se realice de forma tardia	Hallazgos por incumplimiento a la Resolución 5185 de 2013, al Estatuto y al Manual de Contratación	3	2	5	RIESGO ALTO	ESE HOSPITAL	2) llevar un instrumento de control donde se registren los documentos publicados y la fecha de publicación	1	2	3	RIESGO BAJO	NO	AREA DE CONTRATACION	Al perfeccionamiento del contrato	Liquidación del contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
											1) Imprimir las constancias de publicación en el SECOP y anexarlas al expediente contractual						AREA DE CONTRATACION				
GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	OPERACIONAL	Que la prestación del servicio no corresponda a los alcances contractuales	1) Incumplimiento a las condiciones contractuales 2) Que no se satisfaga las necesidades de la Entidad	3	2	5	Riesgo medio	CONTRATISTA	1) Verificar durante la ejecución del contrato y antes de proceder a autorizar cada pago el cumplimiento de los alcances contractuales.	1	2	3	RIESGO BAJO	SI	1) INTERVENTORES O SUPERVISORES	Acta de inicio	Liquidación del contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
											2) No otorgar recibidos a satisfacción y/o viabilizar pagos cuando existan obligaciones pendientes por ejecutar o cuando la ejecución de las mismas no correspondan a las especificaciones tecnicas indicadas										
											3) Requerir de forma escrita al contratista, indicando las deficiencias de la prestación del servicio y verificar que las mismas sean superados										
GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	OPERACIONAL	Insuficiencia del flujo de caja de la ESE HOSPITAL para realizar los pagos pactados	1) Incumplimiento a las obligaciones contractuales por parte de la ESE 2) Demandas en contra de la ESE HOSPITAL por incumplimiento en los pagos	3	2	5	RIESGO MEDIO	AL CONTRATANTE	Establecer formas de pago flexibles que le permitan a la ESE HOSPITAL programar el pago y recaudar los recursos requeridos para generarlos	3	1	4	RIESGO BAJO	SI	SUBSIDIARIO ASISTENCIAL (Procesos Misionales o Asistenciales)	Elaboración del Estudio Previo	Suscripción del contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
GENERAL	INTERNO	EJECUCION	OPERACIONAL	Vencimiento de la vigencia de las garantias durante el término de ejecución	Que se presente un siniestro y no pueda amparanse por estar vencidas las garantías que respaldan el contrato , según los riesgos vislumbrados desde la elaboración del estudio previo;	3	5	8	RIESGO EXTERNO	ESE HOSPITAL Y CONTRATISTA	Implementar un registro de control que permita verificar el vencimiento de las garantias durante el término de ejecución	1	5	6	RIESGO ALTO	NO	INTERVENTOR O SUPERVISOR	Acta de inicio	Liquidación del contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
											Requerir al contratista para que realice la ampliación de las garantias						INTERVENTOR O SUPERVISOR				
GENERAL	INTERNO	EJECUCION	RIESGO ECONOMICO	Que se se presente aumento de la demanda del servicio y el recurso presupuestado resulte insuficiente para atender las necesidades proyectadaas durante el término de ejecución	1) Necesidad de adicionar el contrato 2) Requerir de presupuesto para asumir los compromisos 3) Incurrir en hechos cumplidos por la insuficiencia del recurso presupuestal del contrato para cubrir las nuevas necesidades	3	3	9	Riesgo Alto	ESE HOSPITAL	Controles semanales a los cuadros de turno con el fin de determinar con la suficiente antelación la necesidad de adicionar el contrato y adelantar las gestiones pertinentes	1	2	3	RIESGO BAJO	SI	INTERVENTOR O SUPERVISOR	Inicio del Contrato	Terminación del contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
											Informar al Jefe de área el agotamiento del recurso presupuestal del contrato						INTERVENTOR O SUPERVISOR				
											Solicitar la respectiva adición mediante el formato MECI establecido y justificando su necesidad						SUBSIDIARIO ASISTENCIAL (Procesos Misionales o Asistenciales)				
											Solicitar el respectivo certificado de Disponibilidad presupuestal						SUBSIDIARIO ASISTENCIAL (Procesos Misionales o Asistenciales)				

| | | |

ESPECIFICO	EXTERNO	EJECUCION	RIESGO SOCIAL	Accidentes generados por el desplazamiento por carretera al sitio en el cual el futuro contratista deba cumplir con el objeto del contrato	Solicitud de reconocimiento de incapacidades, pensiones y demas prestaciones	3	5	8	RIESGO EXTREMO	CONTRATISTA	1) Afiliación y pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social. El contratista como trabajador independiente debe evitar cualquier riesgo con el pago de los aportes	3	2	5	RIESGO MEDIO	SI	1) CONTRATISTA	Acta de Inicio	Terminación del contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos en ejecución	Trimestral
											3) Reportar la novedad del contrato a la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliado el contratista, conforme lo establece el artículo 9 Decreto 0723 de 2013							1) INTERVENTOR O SUPERVISOR 2) ACTA DE CONTRATACION			
											2) Verificar al momento de dar inicio al contrato y de forma periodica antes de proceder con cada pago que el contratista se encuentra afiliado y al dia en el pago de los aportes al sistema general de seguridad social							1) INTERVENTOR O SUPERVISOR			
ESPECIFICO	EXTERNO	EJECUCION	RIESGO OPERACIONAL	Que no se realicen los aportes al sistema general de riesgos profesionales de acuerdo a las previsiones legales	Incumplimiento a las normas de contratación	3	5	8	RIESGO EXTREMO	CONTRATISTA - INTERVENTOR O SUPERVISOR	Verificar de forma periodica antes de proceder con cada pago que el contratista se encuentra al dia en el pago de los aportes al sistema general de seguridad social de acuerdo a las previsiones legales	3	2	5	RIESGO MEDIO	NO	INTERVENTOR O SUPERVISOR	Acta de Inicio	Liquidación del contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
											Informar al área de Tesorería de la ESE Hospital San Pedro y San Pablo la evasión en el pago total o parcial de los aportes al Sistema de Seguridad Social por parte del contratista durante la ejecución del contrato, con el fin de que esta ejecute las acciones legales a que haya lugar							INTERVENTOR O SUPERVISOR			
especifico	externo	ejecución	Riesgo Operacional y Economico	Cancelación o inasistencia del profesional a la institución a prestar sus servicios	En la modalidad de servicios de pago por horas elevación de los costos institucionales por tiempos perdidos. En la modalidad por evento desmotivacion de los usuarios por la no prestación del servicio oportuno y reclamos por perjuicios causados	2	2	4	Riesgo Bajo	ESE HOSPITAL	Actividades de seguimiento y control tales como llamadas a los profesionales, reasignación de citas medicas con consultas prioritarias de urgencias u otros.	1	1	2	Riesgo Bajo	No	1) INTERVENTOR O SUPERVISOR 2) OFICINA SIAU 3) FACTURACION	Acta de Inicio	Terminacion del Contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
especifico	externo	ejecución	Riesgo Operacional y Economico	Inadecuado manejo por parte de los especialistas de los parámetros de diagnóstico, tratamiento y control de los usuarios de los servicios que generen responsabilidad profesional	Situaciones que comprometan la responsabilidad de la ESE y del especialista / Demandas de responsabilidad civil extracontractual	3	5	8	Riesgo extremo	ESE HOSPITAL Y CONTRATISTA	1) Procesos capacitación conocimiento en la plataforma estratégica, guías de práctica clínica y de interés en salud pública, cursos de seguridad del paciente y humanización del servicio, entre otros	1	5	6	Riesgo Alto	No	1) SUBGERENTE ASISTENCIAL (Procesos Misionales o Asistenciales) 2) AREA DE CALIDAD 3) INTERVENTOR O SUPERVISOR	Acta de Inicio	Terminacion del Contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Trimestral
											2) Exigibilidad de garantías de responsabilidad profesional con vigencia durante el termino de ejecución del contrato							1) SUBGERENTE ASISTENCIAL (Procesos Misionales o Asistenciales) 2) AREA DE CONTRATACION 3) INTERVENTOR O SUPERVISOR			
especifico	externo	ejecución	Riesgo Social	Huelgas, manifestaciones o perturbacione que imposibiliten su llegada del profesional al lugar de la prestación del servicio	No atención de los usuarios que estaban programados en la agenda medica	2	2	4	Bajo	ESE HOSPITAL	Aviso inmediato por parte del Especialista al Interventor del Contrato y a la Subgerencia Asistencial, para que se reprogramen las citas a los usuarios	1	1	2	Bajo	SI	1) Interventor, 2) Subgerente Asistencial y 3) Contratista	Acta de Inicio	Terminacion del Contrato	Mediante la realizacion de muestreos periodicos para contratos ejecutados y en ejecución	Periodicidad ¿Cuándo?

E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	**INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTAPRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN**

PAULA ANDREA HOLGUIN OCAMPO
Pereira

Asunto: Invitación a Presentar Propuesta

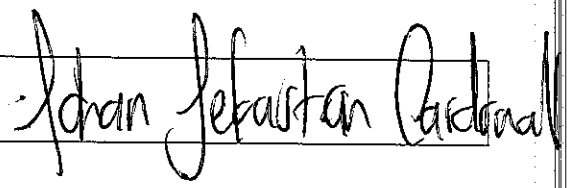
OBJETO:	Prestación de servicio profesional especializado en REHABILITACION ORAL según necesidades del servicio de la Entidad
OBLIGACIONES CONTRACTUALES:	**1.** Realizar las actividades de la especialidad de Rehabilitación Oral de acuerdo a la demanda y a las necesidades de la ESE HOSPITAL, las cuales incluyen: **a.** Consulta Ambulatoria especializada. **b.** Procedimientos **c.** Capacitación y/o revisión de guías, protocolos o temas **2.** Realizar la Programación de las actividades y concertar con la subgerencia asistencial, por lo tanto, la ejecución de las actividades requiere de coordinación con la parte asistencial de la ESE HOSPITAL. **3.** Presentar las disponibilidades de agenda para el periodo contratado en los siguientes 8 días posteriores a la firma del contrato. **4.** Enviar la programación de la agenda de actividades con un mes de anticipación, una vez sea concertada con la Subgerencia Asistencial y el SIAU **5.** Cumplir con las jornadas para las actividades programadas de manera oportuna y con calidad previa coordinación con ESE HOSPITAL **6.** Establecer con el paciente durante la consulta una comunicación asertiva, que les permita a ambos resolver cualquier duda o inquietud que surja y que puede ser fundamental para garantizar los buenos resultados exámenes y/o procedimientos diagnósticos o terapéuticos necesarios para resolver las condiciones de salud de los usuarios al servicio. **7.** Realizar promoción y prevención de enfermedades, en su detección temprana y realizar diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y rehabilitación con énfasis en una práctica médica compasiva, ética y humanizada. **8.** Realizar los exámenes diagnósticos propios de la especialidad según los requerimientos de las diferentes áreas de la institución, acordes a la programación de citas **9.** Formular los medicamentos y/o dispositivos necesarios en el plan de tratamiento formulado al paciente en su consulta. **10.** Atender las interconsultas de los servicios de urgencias y hospitalización cuando estas sean solicitadas por dichos servicios. **11.** Diligenciar de manera correcta y completa el formato de consentimiento informado, en los casos donde la conducta sea necesaria. **12.** Informar por escrito la cancelación de cualquier agenda a la persona encargada de esta función, con una antelación no inferior a 72 horas, además, deberá de realizar la notificación al usuario programado, informando la nueva fecha de programación. **13.** Definir un plan de manejo integral para los pacientes que deban ser hospitalizados por presentar comorbilidades o que requieran estancias de recuperación. Este debe estar soportado en la respectiva nota de evolución. **14.** Responder a las solicitudes del personal del Hospital sobre pacientes que han quedado hospitalizados, en el caso de que los médicos del servicio de Hospitalización lo consideren pertinente. **15.** Realizar en la historia clínica las notas de evolución, garantizando el adecuado y completo diligenciamiento de cada paciente valorado en las rondas o consultas realizadas, a través del software institucional. **16.** Diligenciar en forma completa los formatos para la solicitud de los medicamentos, dispositivos y procedimientos no contemplados en el Plan de Beneficios (Plan Obligatorio de Salud). Para el caso de usuarios del régimen contributivo, se debe realizar a través de MIPRES. **17.** Dar respuesta a todas las objeciones o glosas relacionadas con sus atenciones y que se presenten por parte de los pagadores a la ESE, cuando le sea requerido su apoyo en esta función. **18.** Aplicar los lineamientos institucionales para la mejora en la prestación de servicios y cumplimiento de estándares de Habilitación, Acreditación en Salud, GPC,

	Seguridad del paciente, Atención Humanizada y demás programas institucionales **19.** Diligenciar las fichas de notificación obligatoria a la plataforma de SIVIGILA, para las enfermedades que le apliquen. **20.** Realizar notificación de eventos adversos identificados durante el proceso de atención **21.** Participar en el análisis de los eventos adversos, unidades de análisis, y demás requerimientos entre los cuales se incluyen complicaciones, infecciones, mortalidad mala práctica, y todos los eventos de interés en salud pública que lo requieran y que se presenten en la entidad. **22.** En caso que el paciente deba ser contrarremitido desde servicios hospitalarios y ambulatorios, se debe diligenciar una contrarremisión o indicación en la historia clínica. **23.** Participar de la adopción, revisión, actualización y difusión de las guías, protocolos y procedimientos basados en la mejor evidencia científica de la especialidad prestada. **24.** Participar y cumplir lo relacionado con la especialidad en cumplimiento del PAMEC y la Acreditación en Salud. **25.** Participar de las actividades docencia servicio que desarrolle la Institución y que le sea requerido, ya sean como acompañamiento y/o entrenamientos a los médicos y estudiantes. Aportar los títulos profesionales, convalidación de los mismos, soporte de capacitación continua, en la cual se acredite certificación de cursos exigidos por la normatividad legal vigente de acuerdo a la especialidad y a los servicios en los cuales se realice las atenciones y demás documentación requerida para soportar los requerimientos de las entidades de control, EAPB o demás organismos que velen por la garantía de la calidad
FORMA DE PAGO:	La **ESE HOSPITAL** pagara a **EL CONTRATISTA** el valor del contrato mediante **PAGOS MENSUALES VENCIDOS**, por valor equivalente al facturado por el Especialista conforme a las consultas de la especialidad atendidas en el respectivo mes y a las tarifas pactadas por las partes.
	REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN
GASTOS QUE DEBERÁ ASUMIR EL FUTURO CONTRATISTA Y QUE DEBERÁN SER TENIDOS EN CUENTA PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA	El futuro contratista para evitar posteriores dificultades por desequilibrio contractual debe tener en cuenta para la elaboración de la propuesta económica todos los impuestos, contribuciones, costos directos e indirectos tales como: **Costos Administrativos:** Pago de Aportes al Sistema General de Seguridad Social de acuerdo a las previsiones legales. La propuesta económica deberá expresarse en valor numérico donde se incluyan todos los costos directos e indirectos, impuestos y contribuciones territoriales a que haya lugar de acuerdo a la normatividad tributaria vigente
CONSTITUCIÓN DE GARANTIAS	El contratista deberá garantizar el contrato a favor de la ESE Hospital San Pedro y San Pablo de la Virginia, con NIT 891.401.643-1, a través de una póliza expedida por compañía de seguros debidamente autorizada para operar en Colombia o una garantía bancaria, los siguientes amparos: **1. Responsabilidad civil profesional.** Que ampare todas las actividades derivadas de su profesión de los servicios aquí contratados sea o no dentro la Institución, esta garantía debe estar vigente por el plazo de ejecución del contrato. El valor de la garantía no puede ser inferior a **TRECIENTOS MILLONES DE PESOS MCTE ($300.000.000)** En caso de que el futuro contratista se encuentre amparado con una póliza global de Responsabilidad Civil profesional y/o extracontractual deberá anexar certificado autentico individual de dicha póliza global donde conste que se encuentra amparado durante la vigencia del contrato objeto de amparo.

1. Propuesta se encuentre ajustada al presupuesto oficial estimado, a las tarifas señaladas según el análisis de costos de la Entidad y al término de ejecución establecido.
2. Fotocopia de la Cedula de Ciudadania
3. Copia del Registro Único Tributario RUT expedido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales
4. Fotocopia de los Certificados de Estudio (pregrado y postgrado) y certificados de Convalidación en caso de que los estudios hayan sido cursados en el exterior

5. Fotocopia de la tarjeta profesional o desde 18 agosto de 2015 Inscripción RETHUS del colegio Médico Colombiano para profesionales de la Salud (Ley 1164 de 2007 art. 23 y Decreto 4192 de 2010)
6. Copia de la Inscripción Departamental o desde 18 agosto de 2015 Inscripción RETHUS del colegio Médico Colombiano para profesionales de la Salud (Ley 1164 de 2007 art. 23 y Decreto 4192 de 2010)
7. Certificados de experiencia
8. Copia del comprobante de estar al día en el pago de la Seguridad Social

La Empresa Social del Estado Hospital San Pedro y San Pablo consultará los Antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación, los antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República, los antecedentes judiciales expedidos por la Policía Nacional y verificará que el contratista no se encuentre reportado en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia como infractor de la Ley 1801 de 2016 Código Nacional de Policía, generando los respectivos certificados

JHOAN SEBASTIAN CARDONA VANEGAS CARGO: Gerente	FIRMA: 
FECHA: AGOSTO 2026	

La Virginia, Risaralda; AGOSTO de 2026

JOHAN SEBASTIAN CARDONA VANEGAS
Gerente
Hospital San Pedro Y San Pablo

Asunto: Propuesta para la prestación de servicios especializados en **REHABILITACION ORAL.**

Atendiendo el contenido de su invitación comedida y respetuosamente presentó propuesta formal para la prestación de servicios de la **ESPECIALIDAD DE REHABILITACION ORAL** en la atención de las consultas, conforme a las necesidades del servicio, por el término de **DOS (02) MESES.**

Las consultas y procedimientos de la especialidad se facturarán por evento, bajo las tarifas que se relacionan:

Procedimiento	CUPS	Honorarios	Observación
Consulta de primera vez por especialista en rehabilitación oral	890224	60% del valor factura por la EAPB	NA
Consulta de control por especialista en rehabilitación oral	890324	60% del valor factura por la EAPB	NA
Inserción, adaptación y control de prótesis mucoso portada total medio caso superior o inferior.	234401	351.000	Siempre y cuando la EPS pague el paquete
Inserción, adaptación y control de prótesis mucoso portada total superior o inferior.	234402	702.000	Siempre y cuando la EPS pague el paquete
Inserción, adaptación y control de prótesis removible parcial superior o inferior dentomucosoportada o implanto soportada	234302	885.600	Siempre y cuando la EPS pague el paquete
Elaboración y adaptación de aparato ortesico intraoral (placa neuromiorelajante programada)	893110	432.000	Siempre y cuando la EPS pague el paquete
Inserción aplicación de corona	234105	20% del valor factura por la EAPB	NA
Patrón de núcleo	234203	20% del valor factura por la EAPB	NA

ALCANCE DEL OBJETO

1. Realizar las actividades de la especialidad de Rehabilitación Oral de acuerdo a la demanda y a las necesidades de la ESE HOSPITAL, las cuales incluyen:

a. Consulta Ambulatoria especializada.
b. Procedimientos
c. Capacitación y/o revisión de guías, protocolos o temas

2. Realizar la Programación de las actividades y concertar con la subgerencia asistencial, por lo tanto, la ejecución de las actividades requiere de coordinación con la parte asistencial de la ESE HOSPITAL.

3. Presentar las disponibilidades de agenda para el periodo contratado en los siguientes 8 días posteriores a la firma del contrato.

4. Enviar la programación de la agenda de actividades con un mes de anticipación, una vez sea concertada con la Subgerencia Asistencial y el SIAU

5. Cumplir con las jornadas para las actividades programadas de manera oportuna y con calidad previa coordinación con ESE HOSPITAL

6. Establecer con el paciente durante la consulta una comunicación asertiva, que les permita a ambos resolver cualquier duda o inquietud que surja y que puede ser fundamental para garantizar los buenos resultados exámenes y/o procedimientos diagnósticos o terapéuticos necesarios para resolver las condiciones de salud de los usuarios al servicio.

7. Realizar promoción y prevención de enfermedades, en su detección temprana y realizar diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y rehabilitación con énfasis en una práctica médica compasiva, ética y humanizada.

8. Realizar los exámenes diagnósticos propios de la especialidad según los requerimientos de las diferentes áreas de la institución, acordes a la programación de citas

9. Formular los medicamentos y/o dispositivos necesarios en el plan de tratamiento formulado al paciente en su consulta.

10. Diligenciar de manera correcta y completa el formato de consentimiento informado, en los casos donde la conducta sea necesaria.

11. Informar por escrito la cancelación de cualquier agenda a la persona encargada de esta función, con una antelación no inferior a 72 horas, además, deberá de realizar la notificación al usuario programado, informando la nueva fecha de programación.

12. Definir un plan de manejo integral para los pacientes que deban ser hospitalizados por presentar comorbilidades o que requieran estancias de recuperación. Este debe estar soportado en la respectiva nota de evolución.

13. Responder a las solicitudes del personal del Hospital sobre pacientes que han quedado hospitalizados, en el caso de que los médicos del servicio de Hospitalización lo consideren pertinente.

14. Realizar en la historia clínica las notas de evolución, garantizando el adecuado y completo diligenciamiento de cada paciente valorado en las rondas o consultas realizadas, a través del software institucional.

15. Diligenciar en forma completa los formatos para la solicitud de los medicamentos, dispositivos y procedimientos no contemplados en el Plan de Beneficios (Plan Obligatorio de Salud). Para el caso de usuarios del régimen contributivo, se debe realizar a través de MIPRES.

16. Dar respuesta a todas las objeciones o glosas relacionadas con sus atenciones y que se presenten por parte de los pagadores a la ESE, cuando le sea requerido su apoyo en esta función.

17. Aplicar los lineamientos institucionales para la mejora en la prestación de servicios y cumplimiento de estándares de Habilitación, Acreditación en Salud, GPC, Seguridad del paciente, Atención Humanizada y demás programas institucionales
18. Diligenciar las fichas de notificación obligatoria a la plataforma de SIVIGILA, para las enfermedades que le apliquen.
19. Realizar notificación de eventos adversos identificados durante el proceso de atención
20. Participar en el análisis de los eventos adversos, unidades de análisis, y demás requerimientos entre los cuales se incluyen complicaciones, infecciones, mortalidad mala práctica, y todos los eventos de interés en salud pública que lo requieran y que se presenten en la entidad.
21. En caso que el paciente deba ser contrarremitido desde servicios hospitalarios y ambulatorios, se debe diligenciar una contrarremisión o indicación en la historia clínica.
22. Participar de la adopción, revisión, actualización y difusión de las guías, protocolos y procedimientos basados en la mejor evidencia científica de la especialidad prestada.
23. Participar y cumplir lo relacionado con la especialidad en cumplimiento del PAMEC y la Acreditación en Salud.
24. Participar de las actividades docencia servicio que desarrolle la Institución y que le sea requerido, ya sean como acompañamiento y/o entrenamientos a los médicos y estudiantes.
Aportar los títulos profesionales, convalidación de los mismos, soporte de capacitación continua, en la cual se acredite certificación de cursos exigidos por la normatividad legal vigente de acuerdo a la especialidad y a los servicios en los cuales se realice las atenciones y demás documentación requerida para soportar los requerimientos de las entidades de control, EAPB o demás organismos que velen por la garantía de la calidad

El valor económico de la propuesta de los servicios especializados se presenta por **VEINTIDOS MILLONES DE PESOS MCTE ($ 22.000.000)** según el presupuesto oficial estimado por la Entidad, conforme al comportamiento de la demanda del servicio de la especialidad.

Se adjunta:

1. Copia de la cédula de ciudadanía.
2. Copia del Registro Único Tributario RUT expedido por la Dirección de Impuestos yAduanas Nacionales
3. Certificados de estudio y de experiencia
4. Fotocopia de la tarjeta profesional.
5. Copia del comprobante de pago de la Seguridad SocialAtentamente,

PAULA ANDREA HOLGUIN OCAMPO
C.C. 25.174.928

Libertad y Orden

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*
HOLGUIN	OCAMPO	PAULA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (✓) C.E ( ) PAS ( ) No. 25174928 — *SEXO*: F (✓) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (✓) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 0 9 MES 0 9 AÑO 1 9 8 0

PAÍS COLOMBIA

DEPTO RISARALDA

MUNICIPIO PEREIRA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 30 # 93-50 BULEVAR DEL BOSQUE

PAÍS COLOMBIA DEPTO RISARALDA

MUNICIPIO PEREIRA

TELÉFONO 3182479862 EMAIL paulah0310@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:* BACHILLER COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 1 2 AÑO 1 9 9 7

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	✓		ODONTOLOGA	06	2003	730570
ES	6	✓		REHABILITADORA ORAL INTEGRAL	12	2009	026517

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

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB
INGLES	✓				✓		✓		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONSULTORIO PARTICULAR		✓	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
RISARALDA	PEREIRA	paulah0310@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3182479862	DÍA 10 MES 01 AÑO 2004	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
REHABILTADORA ORAL	ODONTOLOGIA	CRA 19 12-50 MEGACENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIVERSIDAD ANDINA		✓	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
RISARALDA	PEREIRA	paulah0310@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3182479862	DÍA 09 MES 08 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
DOCENTE	ODONTOLOGIA	PEREIRA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO		✓	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
QUINDIO	ARMENIA	paulah0310@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3182479862	DÍA 05 MES 02 AÑO 2010	DÍA 25 MES 11 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
DOCENTE	ODONTOLOGIA	ARMENIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	22	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	22	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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, PAULA ANDREA HOLGUIN OCAMPO

IDENTIFICADO CON: C.C X C.E. T.I. N° 25,174,928 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	PEREIRA
Dirección	CRA 30 # 93-50 BULEVAR DEL BOSQUE MZ 4 CS 9			Teléfonos	3182479862

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN JOSE CHICA HOLGUIN	1,089,609,779	HIJO
JUAN MARTIN CHICA HOLGUIN	1,089,627,307	HIJO

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** **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	158,610,000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	36,193,000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 194,803,000

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
DAVIVIENDA	AHORROS	126600006426	UNICENTRO	$ 5,000,000
COLPATRIA	AHORROS	5782003313	MEGACENTRO	$ 6,000,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO FALABELLA	CREDITO DE CONSUMO	$ 1,056,710
BANCO FALABELLA	TARJETA DE CREDITO	$ 6,111,361
DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	$ 4,152,045
DAVIVIENDA	CREDIEXPRESS	$ 6,405,592

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
COOMEVA COOPERATIVA	ASOCIADO

c)En la actualidad: **SI** **NO** **X** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

PEREIRA, ENERO 04 DE 2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 16 Levantamiento suspensión RUT

4. Número de formulario 14895154776

(415)7707212489984(8020) 000001489515477 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 5 1 7 4 9 2 8	7	Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 5 1 7 4 9 2 8	1 9 9 9 0 4 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Santa Rosa de Cabal 6 8 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HOLGUIN	OCAMPO	PAULA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

41. Dirección principal: CR 30 93 50 M MZ 4 CA 9

42. Correo electrónico: paulah0310@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono	45. Teléfono 2
6 6 0 0 0 1	3 4 4 9 1 7 4	3 1 8 2 4 7 9 5 6 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 0 3 1 0 2 1	0 0 1 0	2 0 1 7 0 6 0 1				2 2 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3
		57. Modo		
		58. CPC		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 09 / 17 : 40: 42

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre AGUDELO HINCAPIE DINA MARCELA
985. Cargo Gestor I

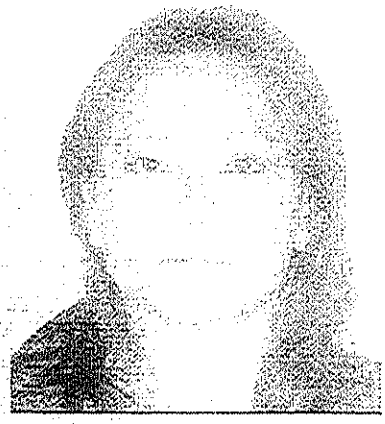
Fecha generación documento PDF: 07-07-2023 10:02:26AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.174.928
HOLGUIN OCAMPO
APELLIDOS
PAULA ANDREA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1980
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-ABR-1999 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2408600-00208017-F-0025174928-20100107 0019710449A 2 4880105772

En Nombre de la

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

Confiere a

Paula Andrea Velquín Ocampo

Con C. C 25 174 928 de Sta Rosa de Cabal (Risaralda) el Título de

Odontóloga

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la ciudad de Manizales 18 de Julio de 2003

RECTOR

DIRECTOR ACADÉMICO

COORDINADOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

Registrado al folio 104 del libro de egresados. No 10. Manizales, 18 de Julio de 2003

En nombre de la

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

Resoluciones No. 1549 de febrero 25 de 1981 y No. 3276 de junio 25 de 1993.

Confiere a

Paula Andrea Holguin Ocampo

C.C. 25.174.928

El título de

Especialista en Rehabilitación Oral Integral

En testimonio de ello se expide y firma el presente Diploma en la ciudad de Manizales a los 19 días del mes de Diciembre de 2009

RECTOR

DIRECTOR ACADÉMICO

DECANO FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

Registrado al folio 195 *del libro de egresados No.* 11 *. Manizales* 19 *de* Diciembre *de* 2009

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

COLEGIO
COLOMBIANO DE
ODONTÓLOGOS

Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud



Paula Andrea Holguin Ocampo

Odontólogo

Especialista en Rehabilitación Oral Integral

C.C. 25.174.928

Universidad Autónoma de Manizales
Manizales

Diploma: 18/07/2003
RETHUS: 26/05/2004

Powered by CamScanner

Esta tarjeta es un [illegible] público y expide de acuerdo con lo dispuesto en la [illegible] de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Es personal e intransferible.

Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Odontologo: contacto@colegiodeodontologos.org



CCO- 026517

Duvan Franco Mendoza
Representante Legal
Colegio Colombiano de Odontologos

Powered by CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 301212233

PIB
15:22:59

Bogotá DC, 14 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) PAULA ANDREA HOLGUIN OCAMPO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25174928:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 14 de agosto de 2026, a las 15:24:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	25174928
Código de Verificación	25174928260814152455

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:55:02 PM horas del 14/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **25174928**
Apellidos y Nombres: **HOLGUIN OCAMPO PAULA ANDREA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:21:12 horas del 14/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **25174928,** Apellidos y Nombres **HOLGUIN OCAMPO PAULA ANDREA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO,** con NIT **891401643-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/08/2026 03:28:16 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **25174928** y Nombre: **PAULA ANDREA HOLGUIN OCAMPO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **145760630** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	**CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y USUARIOS SARLAFT PERSONA NATURAL**	CODIGO: JU-FR-037 VERSIÓN: 2 FECHA: 27/08/2019 PAGINA: 1 de 2

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la Circular Externa No. 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y el Acuerdo Nro. D1-JD-015 del 20 de diciembre de 2016 emanado de la Junta Directiva de la E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO y demás disposiciones a través de las cuales se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales, me permito declarar de manera expresa:

DATOS PERSONALES

Nombres	**PAULA ANDREA**
Apellidos	**HOLGUIN OCAMPO**
Tipo de Identificación	**C.C**
Númerode Identificación	**25174928**
Lugar de Nacimiento	**SANTA ROSA DE CABAL**
Fecha de Nacimiento	**09-09-1980**
Dirección de Residencia	**CRA 30 # 93-50 BULEVAR DEL BOSQUE MZ 4 CS 9**
Municipio o Ciudad	**PEREIRA**
Departamento	**RISARALDA**
Teléfono Fijo	
Celular	**3182479862**
Ocupación, Oficio o Profesión	**ODONTOLOGA**

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que los recursos que componen mi patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera declaro que los recursos recibidos en desarrollo del contrato que pretendo suscribir no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.

DECLARACIONES	Marque SI o NO	
	SI	NO
¿Maneja recursos públicos?		X
¿Ostenta algún grado de poder público?		X
¿Goza de reconocimiento público? (Declaración del cliente/usuario de si tiene o no la condición de Persona Políticamente Expuesta (PEP)		X
¿Es servidor público?		X
¿Realiza operaciones internacionales?		X
Cuales?		

Importaciones	
Exportaciones	
Inversiones	
Prestamos	
Envío o recepción de giros	
Pago de Servicios	
Transferencias	
Otras	

AUTORIZACIONES

Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO**,para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de las relaciones legales, contractuales, comerciales y/o de cualquier otra que surja, en desarrollo y ejecución de los fines descritos en el presente documento.

Dicha autorización para adelantar el tratamiento de mis datos personales, se extiende durante la totalidad del tiempo en el que pueda llegar consolidarse un vínculo o este persista por cualquier circunstancia con el **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO** y con posterioridad al finiquito del mismo, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos personales, fueron inicialmente suministrados.

En ese sentido, declaro conocer que los datos personales objeto de tratamiento, serán utilizados específicamente para realizar las consultas necesarias en diferentes listas restrictivas y de sanción, y así disminuir los riesgos a los que se expone mediante la contratación y/o compra de servicios y/o productos a terceras partes

Der igual forma, declaro que me han sido informados y conozco los derechos que el ordenamiento legal y la jurisprudencia, conceden al titular de los datos personales.

FIRMA Paucl	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-19, 05:03:07 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084518903

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** julio de 2026

GUARDADA

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAULA ANDREA HOLGUIN OCAMPO		
Documento	CC25174928	**Dirección**	CR 30 #93 - 50 BULEVAR DEL BOSQUE MZ4 C9
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3449174
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	PEREIRA	**Departamento**	RISARALDA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias APF	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 25174928	PAULA ANDREA HOLGUIN OCAMPO	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.415.721	$ 386.600	(EPS012) EPS SURA	$ 2.415.721	$ 302.000	2,436	$ 2.415.721	$ 58.900	(NN-CC) NIVGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 747.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.415.721	$ 2.415.721	$ 2.415.721	$ 0	$ 386.600	$ 302.000	$ 58.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 747.500	$ 5.300	$ 752.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Protegar el medio ambiente está en nuestras manos.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **PAULA ANDREA HOLGUIN OCAMPO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **25174928** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 25174928
NOMBRES Y APELLIDOS	PAULA ANDREA HOLGUIN OCAMPO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2025
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **14/08/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941, **Medellín:** 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

Vigilado Supersalud