Ruth Sanchez - Trabajo Social

1

LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL						
No.	DOCUMENTOS	FOLIO	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
	ETAPA PREPARATORIA					
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA	3				CONTRATISTA
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo	4-15				SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	16				SUPERVISOR
	ETAPA PRECONTRACTUAL					
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II	17				CONTRATISTA
5	PROPUESTA	18				CONTRATISTA
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma gerente)	19				SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP	20-23				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
8	CERTIFICADOS DE ESTUDIOS (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado)	24-43				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
9	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos)	44-54				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
10	COPIA DE LA RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
11	POLIZA - Responsabilidad medica vigente (Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
12	TARJETA PROFESIONAL (copia del certificado o la tarjeta de inscripción ante la secretaría Departamental del Tolima)	55				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
	SOPORTE VITAL AVANZADO - VENCIMIENTO 2 AÑOS					
12	ACLS (apoyo vital cardiovascular) y ATLS (apoyo vital traumatológico avanzado para los médicos de urgencias-fecha de vencimiento 2 años ATLS-PALS-NALS)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
	REANIMACIÓN AVANZADA PEDIÁTRICA PALS (apoyo vital pediátrico avanzado para enfermeras y médicos de UCI pediátrico-fecha de vencimiento 2 años PALS)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
	REANIMACIÓN AVANZADA NEONATAL NALS (para enfermeras y médicos de UCI Neonatal - fecha de vencimiento 2 años NALS)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
13	Diplomado y/o experiencia en manejo de pacientes críticos, adultos, pediátricos o neonatal (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud).	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
14	SALUD MENTAL: Certificado de formación para atención al paciente de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y adicciones (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud, trabajador social). Excepto el psiquiatra.	56-58				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
15	HOSPITALIZACIÓN 6 PISO PEDIATRÍA: Certificado de formación para atención al paciente oncologíco pediatrico. (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud).	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
16	ONCOLOGÍA: Certificado de formación para atención al paciente oncológico (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud). QUÍMICO FARMACÉUTICO: acciones de formación cuidado integral de paciente adulto y pediátrico con quimioterapia	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
17	HEMODINAMIA / CARDIOLOGÍA: Profesional de enfermería: acciones de formación en realización de procedimientos ofertados	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
18	UNIDAD RENAL: Constancia de acciones de formación en atención del paciente en diálisis renal (Médico, Profesional de Enfermería, Auxiliar de Enfermería) y control de complicaciones más frecuentes del servicio (Médico)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
19	UNIDAD DE QUEMADOS: Constancia de acciones de formación en atención del paciente quemado (Médico, Profesional de Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Terapia) (Excepto el cirujano Plástico)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
20	Soporte Vital Básico - RCP / BLS (Auxiliares area Salud e Instrumentadores Quirúrgicos)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO

LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL						
			CUMPLE			
21	Soporte Vital Avanzado / ACLS (Médicos generales, Especialistas, Profesionales de Enfermería, Terapeutas Respiratorios, Fisioterapeutas).	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
22	Cuidado del Donante expedido por institución avalada por el INS (Médicos Generales y especialistas hospitalización, urgencias, UCIA, UCIP,UCIN y Quirófano).	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
23	Constancia de asistencia acciones de formación en gestión operativa de la donación (Médicos especialistas UCI, Médicos generales UCI)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
24	Curso gestión pre-transfusional (Bacteriólogas).	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
25	Toma de muestras de Laboratorio Clínico (Profesionales de enfermería, - Auxiliares de Enfermería).	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
26	Administración de medicamentos (Profesionales de enfermería, - Auxiliares de Enfermería).	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
27	Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Todo personal asistencial)	59				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
28	Transfusión Sanguinea (Profesionales de enfermería, Auxiliares de enfermería y médicos generales).	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
29	Curso toma de muestras de laboratorio en punto del paciente POCT (Médicos generales, Profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, bacteriólogos y terapeutas respiratorias)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
30	Gestion del duelo (Todo personal asistencial)	60				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
31	Atención a víctimas de ataques con agentes químicos(Médicos generales, Profesionales de enfermería, y auxiliares de enfermería)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
32	Curso manejo del dolor y cuidado paliativo. (Médicos)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
33	Acción de formación continua en manejo del paciente oncológico (Profesionales enfermería, auxiliares de enfermería, Médicos Generales del servicio)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
34	Curso emergencias obstétricas - Sala de Partos (Médicos generales, Profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
35	CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
36	ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
37	CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
38	TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO
39	CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
40	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-politica de humanización en conjunto con el programa de humanización)	61				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
41	ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses)	62				CONTRATISTA
42	VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes)	N/A				CONTRATISTA
43	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
44	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	63				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
45	RUT ACTUALIZADO (vigencia menor a 3 meses)	64				CONTRATISTA

LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL						
			CUMPLE			
46	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses)	65				CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR
47	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses)	66				CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR
48	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses)	67				CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR
49	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx)	68				CONTRATISTA
50	CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad)	69				CONTRATISTA
51	CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (ley 1918 de 2018. - https://inhabilidades.policia.gov.co)	70				CONTRATISTA
52	PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (cuando aplique)	71-72				CONTRATISTA
53	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS (menor a 3 meses)	73				CONTRATISTA
54	CERTIFICADO AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN (menor a 3 meses)	74-76				CONTRATISTA
55	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A ARL (cuando aplique/menor a 3 meses)	77				CONTRATISTA
56	GA-FR-153 Aceptación de Notificación Por Medios Electrónicos	78				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
57	CERTIFICADO CUENTA BANCARIA (activa)	79				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
58	CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
59	CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años)	80				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
60	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	81				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
61	ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años)	82				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
62	CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió)	83				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
63	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL (vigencia menor a dos años)	84				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
64	CERTIFICADO EXPOSICION IONIZANTES (radiólogos)	N/A				VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
65	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE **BIENES Y RENTAS** Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA NATURAL-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019	86-87				CONTRATISTA
66	GA-FR-099- FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL (VoBo, Revisado previamente por el area encargado)	88				CONTRATISTA/SUPERVISOR
67	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)	89				SUPERVISOR
68	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)	90				SUPERVISOR
69	GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	91				CONTRATISTA
70	GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	92				CONTRATISTA

LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL						
			CUMPLE			
71	GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES	93				CONTRATISTA
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	94				CONTRATISTA
73	FORMATO SOLICITUD DE REGISTRO PRESUPUESTAL	95				SUPERVISOR
	ETAPA CONTRACTUAL					
74	CONTRATO					JURIDICA
75	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
76	PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- aprobadas-responsabilidad medica vigente que cumpla con la duracion del contrato)					CONTRATISTA
77	RECIBO PAGO PÓLIZAS					CONTRATISTA
78	ESTAMPILLAS (Si aplica)					CONTRATISTA
79	CERTIFICADO AFILIACIÓN ARL					JURIDICA
80	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					JURIDICA
81	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO					SUPERVISOR
82	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
	TOTAL FOLIOS					

REVISION, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL AREA QUE GENERA LA NECESIDAD

1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.

2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRONICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACION PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL

3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

RECIBE

REVISA

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN JURÍDICA	Codigo: GJ-FR-011
		Versión: 2
	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA - PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	Vigente : 2/10/2023
		Página: 1 de 1

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	15/09/26					CORREO ELECTRÓNICO	relisanchez@hotmail.com				
PRIMER NOMBRE	Ruth					SEGUNDO NOMBRE	Elisa				
PRIMER APELLIDO	Sánchez					SEGUNDO APELLIDO	Rojas				
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	21/04/1965			LUGAR DE NACIMIENTO	Ataco				RH	O+	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	X	CE		NÚMERO DE DOCUMENTO	65728455					
LUGAR DE EXPEDICIÓN	Ibagué			GENERO	Femenino				EDAD	60	
ESTADO CIVIL	Casada		NÚMERO DE HIJOS	2	TELEFONO CELULAR	3135929867			TELEFONO FIJO		
DIRECCIÓN ACTUAL	Calle 41 No. 16-04 Apto 704B Calatay					CIUDAD	Ibagué				
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD		SI		NO	X	¿CUAL?					
N° LIBRETA MILITAR (Cuando Aplique)						DISTRITO MILITAR (Cuando Aplique)					
PROFESIÓN	Trabajadora Social					ESPECIALIZACIÓN					
NIVEL DE RIESGO SEGÚN ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR	1		2		3	X	4		5		
N° TARJETA PROFESIONAL (Cuando Aplique)	6320265-12-R					FECHA DE EXPEDICIÓN	9 Abril 1992				
EPS	Nueva EPS					FONDO DE PENSION(AFP)	Colfondos				
ARL	Positiva					FUNCIÓN A DESEMPEÑAR	Trabajadora Social				
ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO											
CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACION DE DOCUMENTOS	SI		NO		NUMERO DE CONTRATO		FECHA DE TERMINACION				
TENGA EN CUENTA QUE NO DEBE HABER CONTRATOS CON UN MISMO OBJETO CONTRACTUAL EN EJECUCION SIMULTANEA.											
ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE-AFILIACIÓN ARL PERSONA NATURAL											
CONTRATO NUMERO							FECHA DE SUSCRIPCIÓN (FIRMA)				
DURACIÓN DEL CONTRATO	MESES		DIAS								
FECHA DE INICIO CONTRATO						FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO					
FECHA DE INICIO COBERTURA ARL						FECHA DE TERMINACIÓN COBERTURA ARL					
VALOR											

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento
NO CONTROLADO

PROCESO DE SELECCIÓN DE:
CONTRATACIÓN DIRECTA __X___
MINIMA CUANTIA: _____
MENOR CUANTIA: _____
MAYOR CUANTÍA: _____

E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	
ESTUDIOS PREVIOS	
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL	
Fecha de elaboración del Estudios Previos	15 DE SEPTIEMBRE 2026
Nombre del funcionario que diligencia el Estudio Previo	CLARA ANGELICA ROMERO MENDEZ
Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato	ATENCIÓN AL USUARIO
Dependencia solicitante	ATENCIÓN AL USUARIO Y TRABAJO SOCIAL
Tipo de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Presupuesto Oficial	***DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($10.500.000)***
Rubro del Presupuesto Oficial	***2.4.5.02.08.8.3.9.9.0.01- OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P.***
Descripción de la Necesidad	
Justificación	La Ley 100 de 93 en su capitulo III consagra el Régimen de las Empresas Sociales del Estado, estatuyendo en el artículo 194 lo siguiente: Naturaleza. La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las Asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo. "La ordenanza 086 de diciembre 28 de 1994, en su capítulo I, artículo 1 estatuye: "DENOMINACIÓN: El Hospital FEDERICO LLERAS ACOSTA, a partir de la vigencia de la presente Ordenanza, se denominará HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. El 21 de marzo de 1995, se expide la Ordenanza 007, la cual en su artículo segundo modifica el artículo primero de la ordenanza 086 de diciembre de 1994 quedando así: DENOMINACIÓN: EL HOSPITAL

	FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, a partir de la vigencia de la presente ordenanza se denominará HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO." El objeto de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de servicios de Salud, entendidos como un servicio Público a cargo del Estado y como parte integrante del sistema de Seguridad Social en Salud Es así, como el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, presta sus servicios de mediana y alta complejidad como la única I.P.S. pública de referencia para el municipio de Ibagué y el Departamento del Tolima a todos los usuarios que demanden nuestros servicios y teniendo en cuenta la ubicación geográfica del Departamento y dada la complejidad de las patologías, se hace necesario para contribuir al proceso de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación social del usuario y su familia, que incidan en una adecuada adherencia al tratamiento médico en conjunto con la visita domiciliaria que permita la ampliación del contexto familiar, así mismo la orientación y seguimiento a trámites administrativos, identificación de NN ante las autoridades competentes, reubicación social de pacientes en abandono social adulto mayor con o sin red de apoyo familiar, identificación de casos de Violencia Intrafamiliar, Abuso Sexual, Maltrato Infantil los cuales deberán ser reportados antes las autoridades competentes para que estos a su vez hagan la verificación de derechos y activen las redes sociales en aras de los derechos fundamentales de la población objeto, seguimiento y orientaciones administrativas de usuarios con inconsistencias administrativas relacionadas a SGSSS entre otras situaciones particulares y todas las demás acciones de tipo social donde solo el perfil de este tipo de profesionales puede desempeñarse, garantizando así, el desarrollo sostenido de la Institución y contribuyendo con la mejora en la prestación de los servicios de salud. Por lo anterior, es indispensable realizar la contratación de un profesional en Trabajo social, el cual cumpla con actividades relacionadas con la valoración los pacientes con dificultades sociofamiliares que se encuentran hospitalizados, además de desarrollar las actividades necesarias para garantizar la operación desde el enfoque social de las unidades Funcionales del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E, aspectos claves en nuestra política de humanización de los servicios que presta el Hospital a sus pacientes y usuarios.

Descripción y Especificaciones del objeto a contratar	
Objeto del Contrato	Contratar la prestación de servicios profesionales de un trabajador social para contribuir en el proceso de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación social del usuario y su familia en trabajo social, como garantía de la prestación de servicios integrales del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, E.S.E.

Identificador con el clasificador de bienes y servicios		
segmento	80	Servicio de gestión, servicios profesionales de empresa y administrativos.
familia	8011	Servicio de recursos humanos
Clase	801116	Servicio de personal temporal
Producto	80111600	Servicio de personal temporal

Especificaciones Técnicas	Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ, las cuales son de obligatorio cumplimiento: • Título Universitario en Trabajo Social • Tarjeta profesional o certificado de registro CONETS • Experiencia profesional mínima de un (1) año en actividades relacionadas con el objeto contractual.
Plazo del Contrato	Por un término de tres (3) meses a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos ejecución del contrato
Lugar de Ejecución del Contrato	Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, E.S.E.
Forma de Pago	Tres (3) pagos por valor de tres millones quinientos mil pesos/mcte ($3.500.000) cada uno Para el pago, el CONTRATISTA deberá aportar la siguiente documentación: 1. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de acuerdo al periodo certificado.

	2. Factura de acuerdo a las normas tributarias. 3. Documento que pruebe que se encuentra al día en el pago de Salud, Pensión y ARL, del mes que corresponde a la ejecución. 4. Informe de Actividades. 5. Informe de supervisión. 6. Acta de inicio del contrato. (Primera cuenta). 7. Afiliación ARL (Primera cuenta). **PARÁGRAFO 1**: El valor del contrato se cancelará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la radicación de la factura con sus respectivos soportes. **PARÁGRAFO 2:** En los contratos celebrados por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima Empresa Social del Estado, en caso de mora en el pago, esta se generará a partir de la solicitud que realice el contratista a la entidad y se cancelará solo un interés de mora del 0.1% **PARÁGRAFO 3:** El contratista deberá cumplir con las condiciones señaladas en la forma de pago. **PARÁGRAFO 4:** Por ningún motivo el contratista podrá presentar más de dos cobros o facturas, en un mismo mes. **PARÁGRAFO 5:** La factura deberá ser radicada según cronograma de la entidad.

VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANÁLISIS ECONÓMICO JUSTIFICADO	
El valor Estimado para la presente contratación es de:	***DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($10.500.000)***

ESTUDIOS DE MERCADO

Para efectos del cálculo del presupuesto se realizó, el análisis económico del valor estimado del contrato, basándose en el estudio técnico de precios de mercado y en el histórico de las tarifas contratadas por el hospital.

N° CONTRATO	OBJETO	VALOR	TIEMPO
2025-0638	Contratar la prestación de servicios profesionales de un trabajador social para contribuir en el proceso de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación	$10.500.000	3 MESES

	social del usuario y su familia en trabajo social, como garantía de la prestación de servicios integrales del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.		
2025-0141	contratar la prestación de servicios profesionales para contribuir en el proceso de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación social del usuario y su familia en trabajo social, como garantía de la prestación de servicios integrales objeto de las empresas sociales del estado en virtud de la normatividad vigente	$10.500.000	3 MESES

ANÁLISIS REALIZADO:

Que dentro del recurso humano de planta permanente o planta temporal del hospital no se cuenta con el suficiente personal que asuma las funciones de un profesional en trabajo social, por lo tanto, teniendo en cuenta el objeto y la naturaleza del contrato, se considera que el presupuesto del proceso de contratación se encuentra debidamente justificado.

GARANTÍAS DEL CONTRATO:

De conformidad a lo dispuesto en el Titulo XI. DE LAS GARANTÍAS del Manual de Contratación, las garantías no serán obligatorias en los contratos de empréstito, en los interadministrativos, en los de seguro y en los contratos cuyo valor sea inferior al 10% de la menor cuantía, por ello atendiendo a la naturaleza del objeto a contratar, su valor y forma de pago se determina la necesidad de no exigirlas en el presente proceso de contratación.

Obligaciones del Contratista	**OBLIGACIONES GENERALES:** 1. Suscribir oportunamente el acta de inicio y el acta de liquidación del contrato, conjuntamente con el/la supervisor/a del mismo, cuando corresponda. 2. Entregar al supervisor los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, así como los informes y archivos a su cargo, requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo (Cuando aplique). 3. Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como, respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras, creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato. 4. Realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato, y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago para personas naturales. Cuando se trate de personas jurídicas. Entregar para cada pago, la certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, que acredite el cumplimiento del pago de aportes al sistema de seguridad social integral, parafiscales, ICBF, SENA y cajas de compensación familiar de los últimos seis (6) meses, de conformidad con el

artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o aquella que lo modifique, adicione o complemente.

5. Realizar el cargue de los documentos requeridos en la plataforma del SECOP II, respecto a la información de póliza, estampillas, documento equivalente y/o factura, informes de ejecución y terminación del contrato.
6. El objeto contractual deberá ejecutarse de conformidad con las finalidades y los principios de economía y transparencia, consagrados en la Ley 80 de 1993 y los postulados de la función administrativa consagrados en el artículo 209 de la Constitución Política. En desarrollo del objeto contractual el contratista se obliga a cumplir a cabalidad con las actividades que se describen en el contrato.
7. El contratista deberá tener en cuenta que las actividades descritas en su propuesta se prestarán bajo su exclusiva responsabilidad y en consecuencia, deberá suministrar todos los recursos e implementos tendientes a lograr la adecuada, suficiente y eficiente prestación del servicio que se solicita.
8. Acatar la Constitución Política, la Ley, las normas legales y procedimentales establecidas por el Gobierno Nacional y municipal y demás normas pertinentes.
9. Responder por el pago de los tributos, tasas o contribuciones (estampillas) que se causen o llegaren a causarse por la celebración, ejecución y liquidación del contrato, cuando a esta hubiere lugar.
10. Reportar al funcionario encargado del control y supervisión de la ejecución del contrato, de manera inmediata cualquier novedad o anomalía que se presente.
11. Mantener a la Entidad libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes (si fueren autorizados). En consecuencia, EL CONTRATISTA mantendrá indemne a la Entidad contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros incluido el personal de la Entidad, ocasionados por EL CONTRATISTA o por sus subcontratistas o dependientes (si fueren autorizados) en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales.
12. Presentar la factura o cuenta de cobro de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato, junto con el informe de las actividades realizadas para cada pago.
13. Tratar con amabilidad a los demás colaboradores internos y externos de la Entidad, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia.
14. Cumplir con las políticas y normas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas en el Decreto 1072 de 2015 y demás normatividad legal vigente.
15. Mantener actualizadas las vigencias y el monto de los amparos de las garantías expedidas con ocasión de la suscripción del Contrato, acorde con lo indicado en el ítem de GARANTÍAS, teniendo en consideración el plazo de ejecución, valor, modificaciones en valor y/o plazo, suspensiones, etc., que afecten su vigencia o monto cuando haya lugar.
16. Asistir con puntualidad a todas las capacitaciones, reuniones y comités citadas por el supervisor del contrato.
17. El contratista se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados,

por lo que los mismos quedarán a cargo del coordinador, administrador o contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Realizar el diagnóstico de la situación social del paciente y su familia, con el fin de garantizar una intervención integral en el proceso de salud enfermedad.
2. Desarrollar acciones preventivas con el fin de disminuir o evitar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con su enfermedad actual.
3. Identificar necesidades de los usuarios con el fin de lograr la solución oportuna de situaciones sociales y de riesgo que se presenten con los usuarios.
4. Apoyar el proceso de tratamiento social requerido por los pacientes, de acuerdo a su condición sociofamiliar, con el fin de lograr la atención integral.
5. Gestionar la ubicación de los usuarios en instituciones de bienestar social, con el fin de contribuir a la solución de su problema social
6. Identificar y notificar a las autoridades competentes, el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar, con el fin de proteger los derechos de la población afectada.
7. Reportar oportunamente los casos de pacientes en condición de calle acorde a los protocolos de la institución, con los soportes correspondientes
8. Realizar valoraciones en los casos de egresos sin autorización que se presenten en la institución y realizar los reportes correspondientes cuando aplique el caso, participar en las mesas que se realicen para el análisis de los casos
9. Participar con el equipo interdisciplinario en la identificación de las necesidades y expectativas de los clientes externos, con el fin de facilitar al medio hospitalario y dar respuesta a las mismas.
10. Realizar rondas administrativas en la identificación de pacientes particulares y con novedades administrativas que requieran la intervención social
11. Consultar oportunamente las interconsultas solicitadas en el sistema que sean insumo para determinar planes de tratamiento desde el área clínica.
12. Realizar sensibilizaciones a familiares y pacientes sobre información de copagos y/o cuotas moderadoras
13. Participar en los proyectos de investigación, definidos por la Institución, con el fin de mejorar el proceso de atención.
14. Participar activamente en los grupos, equipos y / o comités en los que haya sido incluido para el desarrollo de la plataforma estratégica.
15. Cumplir con las funciones atribuidas por el superior, la ley y la constitución y en atención a ello, deberá entre otras dar aviso a las autoridades competentes sobre posibles conductas delictivas, hechos de origen violento, actos de corrupción, de acuerdo con las normas legales, para preservar la seguridad institucional.
16. Cumplir con el objeto del contrato en los términos indicados por la supervisión.
17. Gestionar las solicitudes de los usuarios en el momento de presentarse inconvenientes con la prestación del servicio, así como desarrollar la capacidad

	de movilizar recursos con el fin de lograr la solución oportuna de situaciones especiales que se presenten con los usuarios. 18. Acudir a apoyar las diferentes áreas del Hospital en el momento en que los usuarios estén quejándose o solicitando información o atención. 19. Hacer recepción, seguimiento de satisfacción y PQR a las respuestas dadas a los usuarios. 20. Realizar periódicamente campañas de humanización y buen trato en las áreas administrativas y unidades funcionales
Obligaciones de la E.S.E.	• Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato • Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley • Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte.
Plazo de liquidación del contrato	El término de que disponen las partes para liquidar los contratos de mutuo acuerdo, será de cuatro (4) meses contados a partir de la finalización del plazo de ejecución señalado en el mismo, de no realizarse dentro del término previsto se aplicará a lo dispuesto en el Estatuto de contratación. Igualmente debe tenerse en cuenta que para aquellos de ejecución instantánea no se requiere la liquidación de contrato, conforme lo dispone a la normatividad vigente.
Fundamentos Jurídicos de Modalidad de Selección	El marco legal del proceso de selección y de las obligaciones que se deriven de su adjudicación, está conformado por la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por el estatuto de contratación de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, las normas orgánicas de presupuesto, las disposiciones cambiarias, y las demás normas concordantes con la materia, que rijan y lleguen a regir los aspectos del presente proceso de selección. Para el caso se selección directa se tendrá en cuenta lo establecido en el manual de contratación del Hospital, en el numeral 7.2 CAPÍTULO VI: DE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN EN LOS QUE LA ENTIDAD ACTÚA COMO OFERENTE Y CONTRATISTA en el inciso 7.4.7 Contratación directa B) SIN IMPORTAR CUANTÍA, numeral 10) para la contratación de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales.
Justificación de los factores de selección	Teniendo en cuenta la modalidad de contratación el Hospital invitará a presentar oferta a persona determinada que cumpla con las condiciones requeridas según el objeto y las obligaciones contractuales y cuya propuesta no sea superior al presupuesto oficial.

Condiciones de cumplimiento para la contratación.

- Título Universitario en Trabajo Social
- Tarjeta profesional o certificado de registro CONETS
- Experiencia profesional mínima de un (1) año en actividades relacionadas con el objeto contractual.

Estimación, tipificación y asignación de riesgos previsibles

El Hospital Federico Lleras identifica los siguientes riesgos asociados al proceso de contratación:

CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	PROBABILIDAD	VALORACIÓN PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACIÓN IMPACTO
General	Interno	Planeación	Económicos	Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	Insignificante	1
Especifico	Externo	Selección	Sociales o Políticos	Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	Menor	2
		Contratación	Operacionales	Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	Moderado	3
		Ejecución	Financieros	Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	Mayor	4
			Regulatorios	Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias	5	Catastrófico	5
			De la Naturaleza				
			Ambientales				
			Tecnológicos				

Categoría	Valoración	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		1	2	3	4	5
Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	2	3	4	5	6
Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	3	4	5	6	7
Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	4	5	6	7	8
Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	5	6	7	8	9
Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias	5	6	7	8	9	10

Categoría	Valoración	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		1	2	3	4	5
Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto

Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto
Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo
Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	Riesgo Medio	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias	5	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo

Posteriormente, se identifican y describen los riesgos, según el tipo y la etapa del proceso de contratación en la que ocurre. Luego, se evalúan los riegos teniendo en cuenta su impacto y su probabilidad de ocurrencia y finalmente, se establece un orden de prioridad teniendo en cuenta los controles existentes y el contexto de los mismos.

MECANISMOS DE COBERTURA:

De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 1150 de 2007, antes de efectuar la contratación la dependencia debe realizar una valoración de los riesgos que esta implica.

DEFINICIONES:

Para los efectos del presente proceso de selección, se entenderán las siguientes categorías de riesgo:

Riesgo Previsible: Son los posibles hechos o circunstancias que por la naturaleza del contrato y de la actividad a ejecutar es factible su ocurrencia.

Riesgo Imprevisible: Son aquellos hechos o circunstancias donde no es factible su previsión, es decir el acontecimiento de su ocurrencia, tales como desastres naturales, actos terroristas, guerra o eventos que alteren el orden público.

Tipificación del Riesgo: Es la enunciación que se hace de aquellos hechos previsibles constitutivos de riesgo que, en criterio del HOSPITAL FEDERICO LLERAS, pueden presentarse durante y con ocasión de la ejecución del contrato.

Asignación del Riesgo: Es el señalamiento que hace HOSPITAL FEDERICO LLERAS, de la parte contractual que deberá soportar total o parcialmente la ocurrencia de la circunstancia tipificada, asumiendo su costo.

Es importante señalar que los riesgos previsibles son aquellos que no están cubiertos por las garantías que amparan el cumplimiento, la calidad y cuando haya lugar la responsabilidad extracontractual de los contratos, por lo tanto, NO SON RIESGOS

PREVISIBLES, el incumplimiento, la responsabilidad extracontractual, la teoría de la imprevisión, las inhabilidades e incompatibilidades y los aspectos administrativos internos.

HOSPITAL FEDERICO LLERAS, identificó para el presente proceso de contratación los riesgos que se relacionan en la siguiente tabla:

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad
1	General	Interno	Ejecución	Operacional	Ocurre cuando se presentan demoras por parte de la Entidad en las aprobaciones previas de los productos y/o informes desarrollados por el contratista.	Afecta el cumplimiento de las obligaciones del contratante a cargo del Supervisor del contrato, relacionadas con la aprobación de productos y/o informes, y genera retraso en el trámite de pago a favor del contratista.	Moderado	Moderado	Medio	Media
2	General	Interno	Contratación	Financiero	Se presenta cuando la entidad no cuenta con los recursos para pagar el valor del contrato en los plazos establecidos.	Genera mora de la entidad en el pago que puede afectar al contratista, hasta el punto de romper la ecuación económica del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja
3	General	Externa	Ejecución	Regulatorio	Se presenta por la expedición de normas que impongan nuevos tributos, impuestos o cargas parafiscales, que pueden afectar el equilibrio económico del contrato.	Genera una carga adicional a las previstas, que puede afectar a cualquiera o a las dos partes del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja

4	General	Externa	Ejecución	Financieros	Los efectos derivados de las variaciones en los precios de mercado de los elementos a suministrar.	Afecta la entrega oportuna de los elementos objeto de compra	Probable	Alto	Alto	Alto

Forma de Mitigarlo:

No.	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento			¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Monitoreo y revisión	
			Probabilidad	Impacto	Calificación T.			¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	Aplicación de las disposiciones legales y ajuste de los procesos internos de la entidad.	Raro	Insignificante	Baja	No	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	Cumplimiento de procedimientos y fechas pactadas de entrega.	Permanente
2	HOSPITAL FEDERICO LLERAS CONTRATISTA	El supervisor informará de manera oportuna fechas previstas de pagos, para programación de los recursos.	Raro	Insignificante	Baja	No	Supervisor – Contratista	Seguimiento a la ejecución del contrato y entrega oportuna de la documentación requerida.	Permanente
3	CONTRATISTA	El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta.	Raro	Insignificante	Baja	No	Contratista	Validación del régimen de impuestos.	Al elaborar la propuesta
4	CONTRATISTA	El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta.	Raro	Alto	Alto	No	Contratista	Verificación de los precios unitarios ofrecidos acorde con el movimiento del mercado en 1 año.	Al elaborar la propuesta

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN FINANCIERA

Soporte técnico y económico del valor estimado del contrato	
Variables consideradas para calcular el presupuesto oficial	Los valores asignados para este tipo de contratación son de acuerdo a la proyección presupuestal para la vigencia fiscal 2026.
Aspectos a considerar en el valor de la Propuesta	El valor de la propuesta deberá incluir el ítem más el valor del IVA para quienes estén obligados y con las consideraciones de valor de los bienes y elementos a contratar, así como los descuentos de ley establecidos en la ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ. Se entiende que los bienes o servicios suministrados cumplen con las normas vigentes nacionales y las internacionales que para tal caso rigen.
Informes y evaluación:	El futuro contratista deberá presentar informes en los que dé cuenta de las actividades desarrolladas, con la siguiente periodicidad: mensuales, los cuales deben estar aprobados por el supervisor del contrato. La Entidad Estatal contratante se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, informes sobre la ejecución del contrato y los avances, junto con los documentos que lo soportan. La Entidad Estatal contratante evaluará periódicamente el desempeño del Contratista durante el desarrollo del objeto contractual, con arreglo a los criterios de evaluación que haya aprobado para el efecto.
Declaraciones del contratista	El futuro contratista hace las siguientes declaraciones: Conoce y acepta los Documentos del Proceso Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato.

	Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente. El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato. El contratista manifiesta que los recursos que componen su 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 manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. El contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrata a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños. El contratista autoriza al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, verificar los títulos y demás documentos presentados en la oferta.
Responsabilidad:	El Contratista será responsable por el cumplimiento del objeto contractual y será responsable por los daños que ocasionen sus empleados, los empleados de sus subcontratistas, al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE DE IBAGUÉ TOLIMA en la ejecución del objeto Contractual.
Propiedad Intelectual:	Si de la ejecución del futuro contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a Hospital Federico Lleras Acosta de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982 y

	demás normas que modifiquen, adicionen o aclaren. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados al Hospital Federico Lleras Acosta por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros.
Confidencialidad	En caso de que exista información sujeta a reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. Para el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, la Historia Clínica de los Pacientes gozan de Reserva Legal.
Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato:	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el Contrato, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato. Terminación anticipada del contrato: Procede por: a. Por mutuo acuerdo entre las partes. b. Por declaratoria de caducidad del contrato por parte del CONTRATANTE en la forma y en los efectos previstos en el art 18 de la ley 80 de 1993. c. Por decisión autónoma de cualquiera de las partes en cualquier tiempo, dando aviso por escrito a la otra con por lo menos treinta (30) días de anticipación. d. Por evaluación no satisfactoria del CONTRATISTA. e. El reporte del contratista en la listas nacionales e internacionales que establecen la relación de personas que de acuerdo al organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo. Modificación concertada: Cualquier decisión que modifique la relación contractual inicialmente pactada, no será válida sin la aprobación conjunta y por escrito de las partes contratantes Suspensión temporal del contrato: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la vigencia del contrato mediante la suscripción de un

	acta en donde conste el evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. Cuando estas circunstancias afecten las obligaciones del Contratista para ser aceptadas, este deberá comunicarlo por escrito al contratante dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del hecho con la debida comprobación. Se entiende por fuerza mayor o caso fortuito las situaciones contempladas y definidas por el art 1 de la ley 95 de 1890
Multas	En caso de incumplimiento parcial al objeto del contrato y obligaciones se aplicará las multas diarias y sucesivas hasta por diez (10) días equivalente al 0.2% del valor total del contrato, las cuales deben aplicarse antes de la terminación del plazo de ejecución de este último.
Caducidad	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, se reserva el derecho de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios administrativos profesionales, conforme a los estipulado en el art 18 de la ley 80 de 1993
Cláusula Penal	Las partes contratantes convienen pactar como sanción pecuniaria el equivalente al 10% del valor estipulado en el contrato, en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE para que descuente el valor de la sanción pecuniaria del saldo que tenga el contratante a favor del CONTRATISTA
Independencia del Contratista	Como la prestación del servicio por ejecutar se desarrolla con autonomía e independencia del CONTRATISTA la celebración del presente contrato no constituye relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y aquel, por consiguiente, no genera derechos, emolumentos o prestaciones pecuniarias distintas de las pactadas en la cláusula séptima del presente contrato. EL CONTRATISTA actúa de manera autónoma e independiente y no tiene vínculos laborales con EL HOSPITAL, garantizando la prestación de servicios objeto del presente contrato por

	sus propios medios, asumiendo sus propios riesgos, con plena libertad y autonomía técnica y directiva. En consecuencia, no está subordinado al HOSPITAL, por tal razón las personas que llegue a designar y/o contratar para la ejecución del presente contrato actúan bajo su exclusiva dirección y responsabilidad, estando a su cargo la totalidad de los salarios, prestaciones sociales, servicios y demás cargas laborales que pudieren generarse, así como todos los demás gastos en que incurra en ejecución del presente acuerdo.
Cesión	El Contratista no puede ceder parcial ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente Contrato sin la autorización previa y por escrito del Hospital Federico Lleras Acosta. Si el Contratista es objeto de fusión, escisión o cambio de control Hospital Federico Lleras Acosta contratante está facultado a conocer las condiciones de esa operación. En consecuencia, el Contratista se obliga a informar oportunamente al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE contratante de la misma y solicitar su consentimiento. Si la operación pone en riesgo el cumplimiento del Contrato, Hospital Federico Lleras Acosta exigirá al Contratista, sus socios o accionistas una garantía adicional a la prevista en el contrato. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE puede válidamente oponerse ante la autoridad correspondiente a la operación de fusión o escisión empresarial o cambio de control. El Contratista no podrá ceder parcial o totalmente el contrato sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la entidad CONTRATANTE
Indemnidad	El Contratista se obliga a indemnizar al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ, con ocasión de la violación o el incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente Contrato. El Contratista se obliga a mantener indemne a Hospital Federico Lleras Acosta de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones hasta por el monto del daño o perjuicio causado. El Contratista mantendrá indemne a Hospital Federico Lleras Acosta por cualquier obligación de carácter laboral o relacionado

	que se originen en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el Contratista asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato.
Caso Fortuito y Fuerza Mayor	Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana.
Solución de Controversias	Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y la Entidad Estatal contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del Contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente Contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se resolverán mediante: Conciliación: Cuando la controversia no pueda arreglarse de manera directa debe someterse a un procedimiento conciliatorio que se surtirá ante el centro de conciliación de la ciudad de Ibagué, previa solicitud de conciliación elevada individual o conjuntamente por las Partes. Si en el término de ocho (8) días hábiles a partir del inicio del trámite de la conciliación, el cual se entenderá a partir de la fecha de la primera citación a las Partes que haga el centro de conciliación, las Partes no llegan a un acuerdo para resolver sus diferencias, deben acudir a la jurisdicción contencioso administrativa.
Notificaciones	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del Contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregados

	personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones respectivas establecidas en el SECOP II.
Supervisión	La Supervisión del presente contrato estará a cargo de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE ATENCIÓN AL USUARIO Y TRABAJO SOCIAL** o quien haga sus veces de la entidad CONTRATANTE, quién deberá controlar su ejecución y cumplimiento, conforme los deberes y obligaciones impuestos en virtud de la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción) y del Manual de Supervisión e Interventoría del Hospital. Adicionalmente a esta, informarán al CONTRATISTA sobre las actividades a desarrollar de acuerdo con el objeto contratado. Hacer recomendaciones y sugerencias que puedan surgir en la ejecución del mismo y en general ser intermediario entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. PARÁGRAFO: La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratista a favor del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, deberá presentar informes mensuales que contengan la descripción de las actividades efectivamente ejecutadas
Reclamos	Los reclamos que las partes contratantes consideren pertinentes deberán presentarse por escrito, recibida la reclamación, la parte requerida deberá pronunciarse dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la misma, y si guarda silencio se entenderá que la reclamación fue aceptada o aprobada.
Legislación	El presente contrato se regirá por lo dispuesto en el Manual de Contratación de la Entidad, para lo de su fin se tendrán en cuenta las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las cláusulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, teniendo en claro que el Hospital tiene un régimen de contratación especial.
Auditoria	La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorias

	en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP) (ARL) (EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Convienen las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista.
Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT	EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. 2) EL CONTRATISTA, se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, provengan, de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo.3) En todo caso, si durante el plazo de vigencia del contrato, EL CONTRATISTA, algunos de sus administradores, socios o administradores llegaren a ser (I) vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo. (II) Incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o (III) Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de

	los anteriores delitos ; o IV) llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos, EL CONTRATANTE tiene el derecho de terminar unilateralmente el contrato sin que por este hecho esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a EL CONTRATISTA. 4) De la misma forma, EL CONTRATISTA, declara que los recursos que incorpora para el desarrollo del Objeto contractual, proceden de actividades completamente lícitas.5) EL CONTRATISTA, se obliga expresamente a entregar a EL CONTRATANTE, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que EL CONTRATANTE requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula, EL CONTRATANTE tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica surgida.6) EL CONTRATISTA, manifiesta que conforme a lo anterior autoriza al Contratante la consulta y verificación en cualquier base de datos, listas restrictivas y públicas.
Gastos	Los gastos que ocasione la legalización del contrato estén a cargo del Contratista.
Publicación	Conforme lo estatuido en el Decreto 019 de 2012, la contratación de la E.S.E., deberá ser publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública-SECOP II - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente.
Domicilio Contractual	Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué.
Estampillas	

<table>
<tr><td></td><td>El presente contrato NO es objeto de la imposición del gravamen de estampillas de conformidad a lo dispuesto en la Ordenanza No. 015 del 2025 "Por medio de la cual se expide el Estatuto de Rentas del Departamento del Tolima y se dictan otras disposiciones" y al oficio DFRI-163-1111 del 11 de marzo de 2026 "Alcance a Concepto Carga Tributaria Departamental – Estampillas departamentales" expedido por la Dirección Financiera de Rentas e Ingresos de la secretaria de Hacienda del Tolima, al tener dentro como objeto la prestación de servicios profesionales, asistenciales y técnicos para la atención y recuperación de la salud y ser financiado con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</td></tr>
<tr><td>Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.</td><td>
<table>
<tr><th colspan="3">DOCUMENTOS REQUERIDOS PERSONA NATURAL - ADMINISTRATIVO</th></tr>
<tr><th></th><th>N°</th><th>DOCUMENTOS</th></tr>
<tr><td rowspan="18">ETAPA PRECONTRACTUAL</td><td>3</td><td>PROPUESTA</td></tr>
<tr><td>4</td><td>HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP</td></tr>
<tr><td>5</td><td>CERTIFICADOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA</td></tr>
<tr><td>6</td><td>TARJETA PROFESIONAL (SI APLICA)</td></tr>
<tr><td>7</td><td>LIBRETA MILITAR Y/O SITUACIÓN MILITAR DEFINIDA</td></tr>
<tr><td>8</td><td>DOS (2) FOTOCOPIA DE LA CÉDULA AL 150%</td></tr>
<tr><td>9</td><td>RUT ACTUALIZADO</td></tr>
<tr><td>10</td><td>ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA - MAX 30 DÍAS</td></tr>
<tr><td>11</td><td>ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA-MAX 30 DÍAS</td></tr>
<tr><td>12</td><td>ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA-MAX 30 DÍAS</td></tr>
<tr><td>13</td><td>DOS (2) PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL</td></tr>
<tr><td>14</td><td>DOS (2) CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS</td></tr>
<tr><td>15</td><td>DOS (2) CERTIFICADO AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN</td></tr>
<tr><td>16</td><td>DOS (2) CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A ARL</td></tr>
<tr><td>17</td><td>CERTIFICADO CUENTA BANCARIA</td></tr>
<tr><td>18</td><td>CERTIFICADO VACUNA TETANO</td></tr>
<tr><td>19</td><td>EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL</td></tr>
<tr><td>20</td><td>FORMATO DE BIENES Y RENTAS</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	21	FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTES (Vo Bo PLANEACIÓN)
	22	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL
	23	CERTIFICADO DE IDONEIDAD
	24	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN TÍTULOS
	25	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC-CONSULTAR EN https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx
	26	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD
	27	ACEPTACION DE MANEJO EN BASE DE DATOS

Responsable,

CLARA ANGELICA ROMERO MÉNDEZ
Profesional universitario
Hospital Federico Lleras Acosta

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta

16

Fecha: Ibagué,

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.08.8.3.9.9.0.01

Nombre Rubro Presupuestal: OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P.

Valor: $ 10.500.000

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada): Contratar la prestación de servicios profesionales de un trabajador social para contribuir en el proceso de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación social del usuario y su familia en trabajo social, como garantía de la prestación de servicios integrales del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E, por un tiempo de tres (3) meses a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

Angelica Romero

CLARA ANGELICA ROMERO MÉNDEZ

Profesional universitario

Autorización Ordenador del Gasto:

Dra. MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ AM ___ PM___

Diligenció

Nombre: Angelica Romero Méndez Firma:

Fecha: : 15/07/2026

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS

COLOMBIA, Ibagué

0 Recomendación (es)

Número de documento:65728455

Ver perfil | Existencia y Representación | RUP

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS
Nombre abreviado: RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 65728455
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-TOL-73001 - Ibagué Departamento: Tolima
Municipio: Ibagué

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS
Identificación: 65728455
Nacionalidad: COLOMBIANA
Domicilio: CALLE
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía

Información General

MiPyme: SI
Tamaño Empresarial Pequeña
Régimen tributario: Persona natural
Emprendimiento y/o Empresas de Mujeres: Sí (○) No (●)
Pertenence a un grupo étnico?: No
Condiciones especiales: No Aplica

Contactos

Código postal: 730001
Correo electrónico de la oficina: ruthelisasanchezrojas@gmail.com
Teléfono de oficina: 3135929867
Fax de oficina:
Página web:

Documentos relacionados

Indicadores de negocio

Clasificación: ★★★★★ **Cómo mejorar su clasificación**

Recomendaciones **0**

Visitas al perfil: **2**

Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selecciónSin datos
Última actualización:21/09/2026 9:20 AM

Ver más

5% Datos del perfil
Cómo incluir más datos

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias

Ibagué,

Doctora
MARTHA JOHANA PALACIOS
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta ESE
Ibagué-Tolima

Referencia: Propuesta Prestación de Servicios

Respetada Doctora Palacios:

Teniendo en cuenta que el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. en cumplimiento de su misión y considerando que la **SUBGERENCIA CIENTIFICA** requiere de una Trabajadora Social, y que es parte fundamental dentro de los procesos de proceso administrativo y considerando que es la única Institución de mayor complejidad en el departamento del Tolima , que tiene diferentes contratos con la EPS, EPS-S, Secretaria de Salud del Tolima, Aseguradoras entre otros, debiendo cumplir con calidad, oportunidad , eficiencia y en procura de salvaguardar el dicho fundamento a la salud por estar en conexidad con la vida de todos los usuarios que ingresan par a el manejo de sus patologías, de la manera más respetuosa me permito presentar propuesta para la prestación de los servicios como **Trabajadora social**, para lo cual pongo a su disposición mi hoja de vida, en la cual se evidencia mi profesionalismo y amplia experiencia en esta área.

La presente propuesta se realiza con el objeto de: **Contratar la prestación de servicios profesionales de un trabajador social para contribuir en el proceso de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación social del usuario y su familia en trabajo social, como garantía de la prestación de servicios integrales del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E**

Cuento con Conocimientos en calidad, en Informática, en servicios de salud, destrezas, habilidades, valores, excelentes relaciones interpersonales, aptitudes, actitudes con integración del SER, SABER y SABER HACER; aprendizaje continuo, experticia, trabajo en equipo, creatividad e innovación, orientación a resultados, compromiso con los procesos contratados, transparencia y prestar el servicio de conformidad a los estándares de habilitación y calidad.

Igualmente estoy en condiciones de desarrollar mis actividades bajo los lineamientos, normatividad y protocolos vigentes que rigen al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento lo siguiente:

21. Que cuento con la capacidad suficiente para ejecutar el objeto y las especificaciones de la presente propuesta.

22. Que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para licitar o contratar consagradas en las disposiciones contenidas en la Constitución Política, en el artículo 8º de la Ley 80 de 1993 y el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás disposiciones legales vigentes sobre la materia. (En caso de tratarse de un consorcio o unión temporal deberá manifestarse que ninguno de sus integrantes se encuentra en dicha situación).

23. Que no tengo parientes en la planta interna y/o externa en los cargos directivo, ejecutivo y/o asesor de la E.S.E.

24. Que la información dada en los documentos y anexos incluidos en esta propuesta me comprometen y garantizan la veracidad de las informaciones y datos de la propuesta.

25. Que el régimen tributario al cual pertenezco es régimen Simplificado

26. Que esta propuesta compromete al firmante de esta carta.

27. Que ninguna entidad o persona distinta del firmante tiene interés comercial en esta propuesta, ni en el contrato probable que de ella se derive.

28. Que me comprometo a ejecutar el contrato por el término establecido a partir del cumplimiento del último de los requisitos de ejecución.

3. *Que el valor total de la propuesta es la suma de* **DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS/MCTE ($10.500.000)** *y duración de* ***tres (03) meses, CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO***

29. Que no estoy reportados en el Boletín de responsables Fiscales, expedido por la Contraloría General de la República.

Además, manifiesto:

30. Una vez suscrito el contrato, me comprometo a realizar todos los trámites necesarios para la legalización del mismo, dentro del plazo fijado por la E.S.E.

De igual manera me obligo para con la Entidad a informar todo cambio de mi residencia o domicilio que ocurra durante la ejecución y el desarrollo del convenio que se suscriba, hasta su liquidación final.

Cordialmente,

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS
C.C. *65.728.455*

Ibagué,

Señora: ***RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS***
Calle 41 N° 16-04 Parque Residencial Calatay
E. S. M.

Respetada Señora **RUTH ELISA:**

En mi calidad de Gerente del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. me permito informa que se recibió la propuesta para la contratación con el fin de desarrollar el siguiente objeto: De la prestación de servicios de un profesional en el área de Trabajo Social para apoyo a la subgerencia científica en los procesos administrativos y sociales del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, E.S.E la cual fue analizada por el responsable del área que tiene la necesidad de la prestación del servicio y quien elaboró el análisis de conveniencia, y se determinó la aceptación de su propuesta para realizar la contratación.

Se debe presentar en el Hospital en la Oficina de Atención al Usuario para la realización del trámite de contratación, con lo que el contratista queda comprometido a cumplir todas las obligaciones señaladas en la propuesta, garantizando que los servicios ofrecidos, cumplen con los requisitos exigidos y los prestará en la forma y dentro de los plazos señalados por el contrato.

El contratista debe conocer las normas legales vigentes sobre la contratación con entidades públicas y verificar no estar impedido para contratar con ellas, ni se encuentre incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Constitución Política de Colombia, Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia.

Cordialmente,

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Sanchez	Rojas	Ruth Elisa

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 65728455

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES 04 AÑO 1965

PAÍS

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 41 NORTE 16 4 NORTE APTO 704-B PARUE RESIDENCIAL CALATAY

PAÍS DEPTO

MUNICIPIO

TELÉFONO EMAIL relisanchez@hotmail.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 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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		TRABAJADOR SOCIAL	06	1990	032026512-R

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
UNIVERSIDAD DEL NORTE DE BARRAQUILLA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120		X	DIPLOMADO PSICOAFECTIVO PRIMERA INFANCIA		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	12		X	GESTORES DE VIDA PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DEL SUICIDIO		
FUNSE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	03	2026
FUNSE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	09	2025
COORPORACION UNIDELPHY	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		PROMOCION DE LA SALUD MENTAL ADOLESCENTES	08	2020
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	16	X		CONVERSATORIO PREVENCION DEL SUICIDIO	09	2018
HOSPITAL REGIONAL LIBANO SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		CORRECTO LAVADO DE MANOS	04	2010

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
ESPAÑOL		X			X				X

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	09	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPS - TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 33C ESTE 4B 34 ESTE LA FRANCIA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2739805	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2026	*Día*	23	*Mes*	04	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL YO PROFESIONAL EN TRABAJO S	*DEPENDENCIA* PROFESIONAL						*DIRECCIÓN* CALLE 33 OESTE 4A 50 OESTE BARRIO LA FRANCIA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION FRATERNAL DE AYUDA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3105734286	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* AREA PSICOSOCIAL						*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION ALBERGUE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	22	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL TRABAJADORA SOCIAL/ PSIC	*DEPENDENCIA* AREA DE PROTECCION A PERSONAS						*DIRECCIÓN* AVENIDA AMBALA CALLE 35 BARRIO GAITAN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LIBORINA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* LÍBANO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2016	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10861 TRABAJADORA SOCIAL/ PSI	*DEPENDENCIA* AREA COMISARIA DE FAMILIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 PARQUE PRINCIPAL					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION CRISTIANA DE JOVENES ACJ			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10861 TRABAJADORA SOCIAL/ PSI	*DEPENDENCIA* AREA DE PROTECCION						*DIRECCIÓN* MZ 16 CASA 16 JORDAB 1 ETAPA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION HOGAR DEL NIÑO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* LÍBANO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10861 TRABAJADORA SOCIAL/ PSI	*DEPENDENCIA* AREA DE PROTECCION						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 6 69 CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD < COOPERATIVA MULTIACTIVA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* LÍBANO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 229/2013 - TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* PROGRAMA COMUNIDADES RURALES						*DIRECCIÓN* AVENIDA FUNDADORES CARRERA 6					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SOCIAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* LÍBANO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10861 TRABAJADORA SOCIAL/ PSI	*DEPENDENCIA* AREA DE PRIMERA INFANCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 7 74 BARRIO LA POLA FUNIMEDES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION IMIX			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	03	*Año*	2014	*Día*	15	*Mes*	10	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL 4754 TRABAJADORA SOCIAL/ PSIC	*DEPENDENCIA* AREA DE PROTECCION						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 ESTE 42 91 ESTE CASA CLUB					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E. DE LERIDA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	LÉRIDA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	20	Mes	11	Año	2014	Día	29	Mes	03	Año	2015

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TRABADORA SOCIAL	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	KILOMETRO 1 VIA IGUAICITOS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR E.S.E.	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	LÍBANO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	01	Año	2012	Día	31	Mes	01	Año	2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
2013 - TRABAJADORA SOCIAL	S.C.SALUD	AVENIDA FUNDADORES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR E.S.E.	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	LÍBANO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	03	Año	2010	Día	31	Mes	12	Año	2011

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
10861 TRABAJADORA SOCIAL/ PSI	IPS	AVENIDA FUNDADORES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR E.S.E.	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	LÍBANO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	11	Mes	08	Año	2008	Día	28	Mes	02	Año	2009

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
11 TRABAJADORA SOCIAL/ PSI	AREA DE SALUD	AVENIDA FUNDADORES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
COORPORACION PARA LA PROMOCION Y DESARROLLO SOCIAL...		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	LÍBANO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
2635813	Día	04	Mes	03	Año	2002	Día	31	Mes	08	Año	2007

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
COORDINADORA PEDAGOGICA	DESARROLLO Y EXTENSION RURAL	ANILLO VIAL SECTOR RURAL VEREDA LA TRINA- CECAF

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD 4. FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2631723	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	1997	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2001
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE DE DESARROLLO SOCIAL	*DEPENDENCIA* EXTENSION RURAL						*DIRECCIÓN* AUTOPISTA VARIANTE VIA AEROPUERTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD 4. FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	1997	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2001
CARGO O CONTRATO ACTUAL DESARROLLO SOCIAL	*DEPENDENCIA* DESARROLLO Y EXTENSION RURAL						*DIRECCIÓN* AUTOPISTA VIA AEROPUERTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COORPORACION PARA LA PROMOCION DEL DESARROLLO RURAL Y AGROINDUSTRIAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2631723	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	1993	*Día*	11	*Mes*	07	*Año*	1997
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE DESARROLLO SOCIAL	*DEPENDENCIA* AGENCIA DE DESARROLLO RURAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 ESTE 17 33 ESTE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALBERGUE INFANTIL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2642949	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	1992	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	1993
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10861 TRABAJADORA SOCIAL/ PSI	*DEPENDENCIA* AREA DE PROTECCION						*DIRECCIÓN* AVENIDA NORTE AMBALA CALLE 35					

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	6	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	23	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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 15/09/16

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

... DE EDUCACION NACIONAL

LA INSTITUCION UNIVERSITARIA

Colegio Mayor de Cundinamarca

CONFIERE EL TITULO DE

Trabajador Social

A

Ruth Elisa Sánchez Rojas

C.C. No. 65.728.455 DE Ibagué

EN TESTIMONIO DE ELLO, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE BOGOTA,
EL DIA 14 DE diciembre DE 1990.

Resolución ICFES No. 001952 de Octubre 21 de 1986 – Decreto 758 de 1988 – Decreto 725 de Abril 10 de 1989

RECTORA

DIRECTORA DE UNIDAD

SECRETARIA GENERAL

SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA, D.E.

ANOTADO AL FOLIO 525 DEL LIBRO DE REGISTRO No 50

SECRETARIO DE EDUCACION

EN BOGOTA A LOS 17 DIAS DEL MES DE diciembre DE 90

Powered by CamSc

INSTITUCION UNIVERSITARIA
COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ACTA No. 48

En Bogotá, D.E., República de Colombia, el día catorce (14) del mes de diciembre de mil novecientos noventa (1990), se reunieron en el Aula Máxima del Colegio Mayor de Cundinamarca, la Rectora, Doctora Alicia Moyano Iregui, la Decana de la Facultad, Doctora Lola Rosalía Saavedra Guzmán y la Secretaria General de la Institución, Doctora Bertha Marina Gaitán de Galán, con el objeto de presidir la ceremonia de grado de:

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS
C.C. No. 65.728.455 de Ibagué (Tol.)

quien terminó sus estudios y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Institución, para optar el título de "TRABAJADOR SOCIAL", según Resolución del ICFES No. 001952 de octubre 21 de 1986, Decreto 758 de 1988 y Decreto 725 de abril 10 de 1989.

En desarrollo al programa previsto la Rectora tomó el juramento de rigor e hizo entrega del correspondiente diploma a la graduanda.

Para constancia se firma la presente acta.

LA RECTORA,

ALICIA MOYANO IREGUI

LA SECRETARIA GENERAL,

BERTHA MARINA GAITAN DE GALAN

BMGdG/rab.

Powered by CamSc

IDENTIFICACION DEL PLANTEL

NOMBRE NORMAL MARIA INMACULADA

DIRECCION CALLE 16 # 6-67

TELEFONO 31303

JORNADA MAÑANA CONTINUA

Inscripción S.E. 331038

Inscripción Dane 373001000083

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Ibagué a los 30 días del mes de Noviembre del año 1984 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO: NORMAL MARIA INMACULADA.-

Institución aprobada hasta _____ en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO.- según Resolución No. 8765 del 4 de Noviembre de 19 74

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER ACADEMICO.-

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de Identidad se relacionan a continuación:

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS C.C.#65'728.455 de Ibagué

Es fiel copia tomada del Acta original general No. cinco (5) de fecha Noviembre 30/84 que consta de 48 alumnos que comienza con el nombre de MARIA COSTANZA AGUJA ZAMORA y se cierra con el nombre de SANDRA PATRICIA VASQUEZ BARRETO firmado y sellado por HNA.LUDOVINA STERLING L. (Rector) y LUCY E. MORENO PATIÑO (Secretario).

Dada en Ibagué a los 30 días del mes de Noviembre DE 1.9 84

Hna Ludovina Sterling L.
El Rector ó Director
C.C. No. 21.063.735 de Mosquera
Firmado y Sellado

Lucy E. Moreno P.
El Secretario
C.C. No. 38.264.128 de Ibagué
Firmado y Sellado

FISE

La República de Colombia

y en su nombre

La Normal Privada María Inmaculada

Sección Bachillerato Clásico

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,

según Resolución Nº 8765 del 4 de Noviembre de 1974

Confiere A

Ruth Elisa Sánchez Rojas

Identificado con C.C. Nº 65'728.455 de Ibagué

El título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Lucy E. Moreno P.
Secretario

Dado en Ibagué a 30 de Noviembre de 19 84

Anotado al folio 1.5.1 libro de registro Nº 4

Secretario de Educación

001944

Ibagué, Enero 23 de 19 85

Powered by CamSc

Libertad y orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS

Con Cédula de Ciudadanía No. 65728455

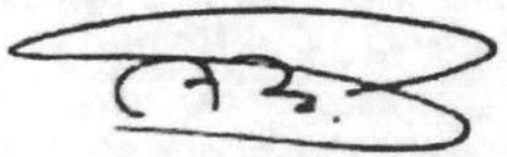
Cursó y aprobó la acción de Formación

PRIMEROS AUXILIOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Ibagué. a los veintinueve (29) dias del mes de octubre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por



ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
Subdirector
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL TOLIMA

109476202 - 29/10/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9310003339834CC65728455C.

28

La Alcaldía de Ibagué y la Secretaría de Salud Municipal

CERTIFICA A:

Ruth Elisa Sánchez Rojas

Con documento de identificación N°: 65728455

Cursó y aprobó los DIEZ (10)módulos del programa de formación en:

"Gestores de vida"

Con una duración de 10 horas

En constancia de lo anterior, se firma el presente en Ibagué a los (02) días del mes de octubre del año (2023)

Martha Liliana Ospina Gutierrez
Secretaria de Salud Municipal

IBAGUÉ VIBRA

ESCUADRÓN DEFENSORES

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 65728455

Cursó y aprobó la acción de Formación

HABITOS SALUDABLES A PARTIR DE LA ALIMENTACION Y LA ACTIVIDAD FISICA.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Popayán. a los veinticinco (25) dias del mes de junio de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

JOHN JAIRO MOTTA CALDERON
Subdirector
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA

75886440 - 25/06/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9307002338636CC65728455C.

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
Secretaría de Salud Departamental

Soluciones que transforman

#AMOR POR LA VIDA

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

Asistió al "Proceso de Fortalecimiento a la Capacidad de Respuesta en los entornos Institucional y Comunitario", como una acción de Información en Salud, promoción de la salud mental y Primeros Auxilios Psicológicos y/o Emocionales de la Estrategia Departamental ***#AmorPorLaVida.***

Por lo cual se otorga a:

Ruth Elisa Sánchez R.

COMO GESTOR DE VIDA

Sandra Liliana Torres Diaz

Sandra Liliana Torres Díaz
Secretaría de Salud Departamental

LIBANO, 20 DE NOVIEMBRE DE 2019

Powered by CamSca

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
Secretaría de Salud Departamental

Soluciones que transforman

Universidad Cooperativa de Colombia

CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN

PRIMER CONVERSATORIO INTERINSTITUCIONAL PARA PREVENIR EL SUICIDIO EN EL TOLIMA

CAMPAÑA DEPARTAMENTAL "DALE LIKE A LA VIDA"

Ruth Elisa Sanchez Rojas

SANDRA LILIANA TORRES DÍAZ
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

FIRMA

IBAGUÉ, 26 DE SEPTIEMBRE DE 2018

Powered by CamS

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS

Con Cedula de Ciudadania No. 65.728.455

Cursó y aprobó la acción de Formación

PRIMEROS AUXILIOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Libano, a los quince (15) dias del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SUBDIRECTOR
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL TOLIMA

48730649 - 15/11/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9310001554999CC65728455C.

MUNICIPIO DEL LIBANO
NIT: 800.100.061-0
SECRETARIA DE PLANEACION
Grupo De Salud

En El Líbano Todos Ganamos

EL SUSCRITO SECRETARIO DE PLANEACION CON FUNCIONES EN SALUD DEL MUNICIPIO DEL LIBANO

CERTIFICA QUE

La Profesional en Trabajo Social perteneciente al equipo Psicosocial de la Comisaria de Familia del Muncipio del Libano, **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS**, Identificado con C.C. 65.728.455 de Ibagué, participo en el proceso de formación en **"Derechos Sexuales y Reproductivos"**, con una duración de 20 horas; capacitación realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Dirección de Niñez y Adolescencia durante el mes de Junio en la vigencia 2017.

La presente se expide el día 30 de Junio de 2017

Atentamente,

JAIME ANDRES MORENO SIERRA
Secretario de Planeación con Funciones en Salud
Alcaldía del Líbano

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

EL PRESENTE DOCUMENTO HACE CONSTAR QUE:

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS

c.c. 65728455

Realizó el curso de:

ATENCIÓN PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

4dbYjwczG

Intensidad horaria: 60 horas virtuales

Bogotá, 26 de enero de 2015

Ministerio de Salud y Protección Social
Luis Carlos Ortiz Monsalve
Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social
Susanna Heller-Vogel
Directora General de Promoción Social

Federación Médica Colombiana
Sergio Isaza Villa
Presidente

Powered by CamSc

Gobernación del Tolima

UNIDOS HACEMOS GRANDEZA TOLIMA

LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA y LA ASOCIACIÓN DE SORDOS DEL TOLIMA "ASORTOL"

IBAGUE

CERTIFICAN QUE:

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS

Participó en el Curso II del Nivel Básico de Lengua de Señas Colombiana dirigido a Funcionarios de Atención al Usuario de 25 Instituciones de Salud del Departamento del Tolima, durante los días 5, 6, 13, 19 y 20 de septiembre de 2013.
Con una intensidad de 40 horas

Dado en Ibagué a los 20 días del mes de septiembre de 2013.

BRANLI JOSÉ ORCASITAS R.
Director Ejecutivo "Asortol"

JAMER FERNANDO CASTILLO A.
Instructor

CONVENIO INTERINSTITUCIONAL No. 0634 DEL 12 DE JULIO DE 2013

nner

Powered by CamSc

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Presidencia
República de Colombia

educación de calidad

Ministerio de Educación Nacional
República de Colombia

UNIVERSIDAD DEL NORTE
Barranquilla - Colombia

La Universidad del Norte
Certifica que

RUTH ELISA SÁNCHEZ ROJAS

C.C. 65728455

Participó en el

DIPLOMADO EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO PSICOAFECTIVO DE LA PRIMERA INFANCIA

En el marco del Convenio 143 de 2012 entre el Ministerio de Educación Nacional y la Universidad del Norte
Intensidad: 105 horas teóricas y 100 horas prácticas

Expedido en Barranquilla, Colombia en el mes de octubre de 2012.

ANA BEATRIZ CÁRDENAS RESTREPO
Dirección de Primera Infancia, Ministerio de Educación Nacional

ANA RITA RUSSO DE SÁNCHEZ
Directora del Programa de Educación y Desarrollo Psicoafectivo, Universidad del Norte

Powered by CamSc

LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA y LA ASOCIACIÓN DE SORDOS DEL TOLIMA "ASORTOL"

CERTIFICAN QUE:

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS

Participó en el Curso I del Nivel Básico de Lengua de Señas Colombiana dirigido a Funcionarios de Atención al Usuario de 25 Instituciones de Salud del Departamento del Tolima, durante los días 6, 7, 13, 14 y 15 de diciembre de 2012.

Con una intensidad de 40 horas

Dado en Ibagué a los 15 días del mes de Diciembre de 2012.

RICARDO RIVAS ARENAS
Secretario de Salud Departamental

BRANLI JOSÉ ORCASITAS R.
Director Ejecutivo "Asortol"

CONVENIO INTERINSTITUCIONAL No. 0695 DEL 16 DE NOVIEMBRE DE 2012

Powered by CamSc

HOSPITAL REGIONAL LÍBANO E.S.E.
Empresa Social del Estado

EXCELENCIA HUMANA

Certifican que:

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS
C. C. No. 65.728.455

Asistió a la capacitación en:

"NUEVOS LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA"

Realizada en el municipio del Líbano los días 11 y 12 de Mayo de 2011, con una intensidad de 16 horas.

Diego Fernando Morales Ortegón
Gerente Hospital Regional Líbano E.S.E.

Jorge Augusto Arboleda Walker
Coordinador Comité de Lactancia Materna

Powered by CamSca

HOSPITAL REGIONAL LÍBANO E.S.E.
Empresa Social del Estado

Certifican que:

RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS
C. C. No. 65.728.455

Asistió a la capacitación en:

"NORMA TECNICA EN PLANIFICACION FAMILIAR"

Realizada en el municipio del Libano los dias 09 de Diciembre de 2011, con una intensidad de 6 horas.

Diego Fernando Morales Ortegón
Gerente
Hospital Regional Libano E.S.E.

Luz Elida Angel Orjuela
Profesional Especializado
Recursos Humanos y Fisicos

Powered by CamSc

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
SALUD PÚBLICA

Certifican Que:

RUTH ELISA SANCHEZ

65.728.455

Asistió a la capacitación en:

Nuevos lineamientos de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia, realizada en la ciudad de Ibagué durante los días 4 y 5 de febrero de 2011.

P/
Juan Carlos Basto Trochez
Secretario de Salud del Tolima

Claudia Patricia Quevedo C.
Directora de Salud Publica Departamental

Powered by CamSc

HOSPITAL REGIONAL LIBANO TOLIMA E.S.E.

Y

LABORATORIOS QUIRUMÉDICAS LTDA

CERTIFICAN QUE:

RUTH ELISA SANCHEZ R.

ASISTIÓ A LA CONFERENCIA DE:

"LAVADO DE MANOS"

NOEL GARCIA LONDOÑO
GERENTE GENERAL
LABORATORIOS QUIRUMÉDICAS LTDA

LIBANO–TOLIMA, ABRIL 29 DE 2010

Powered by CamSc

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

Plan de Atención Básica
P.A.B.

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN SALUD

EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO
NIT. 809.006.541 - 5

HACE CONSTAR

Que RUTH ELISA SANCHEZ C.C. 65.728.4555 IBAGUE

Asistió al curso de:

UNIDAD DE REHIDRATACION ORAL COMUNITARIA Y DE SANEAMIENTO UROCS Y UNIDAD DE ATENCION DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA COMUNITARIA UAIRAC

Realizado del 18 al 18 DE MAYO de 2003

Con una intensidad de 8 horas.

Directora Ejecutiva

Fecha IBANO, 18-05-2003

Powered by CamSc

Federico Lleras Acosta
EL HOSPITAL DE TODOS
Nit: 890706833-9

Ibagué, 07 de mayo de 2026

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS**, identificada con cédula de ciudadanía N° 65.728.455 expedida en Ibagué Tol, tuvo nombramiento con carácter de supernumerario, **del 01 al 23 de abril de 2026,** en el cargo de Profesional Universitario – Trabajo Social, Código 219, Grado 05.

Que desempeñó las siguientes funciones:

1. Liderar las actividades relacionadas con el proceso de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación social del usuario y su familia, con el fin de prestar servicios integrales de atención al paciente teniendo en cuenta su entorno y condiciones socio-familiares.
2. Garantizar que los usuarios que presentan inconsistencias administrativas al demandar los servicios de la Institución, cuenten con un responsable de pago de los servicios prestados.
3. Establecer relaciones cordiales con los entes externos que faciliten la ubicación y manejo del usuario al egreso de la Institución.
4. Desarrollar acciones que garanticen la atención integral del paciente en su hospitalización y al egreso de la Institución, de forma que exista una adherencia al tratamiento médico ordenado.
5. Desarrollar la capacidad de movilizar recursos con el fin de lograr la solución oportuna de situaciones especiales que se presenten con los usuarios.
6. Identificar y notificar a las autoridades competentes, el maltrato infantil, violencia intrafamiliar u otras problemáticas sociales, con el fin de proteger los derechos de la población afectada.
7. Cumplir con las funciones atribuidas por el superior, la ley y la constitución y en atención a ello, deberá entre otras dar aviso a las autoridades competentes sobre posibles conductas delictivas, hechos de origen violento, actos de corrupción, de acuerdo con las normas legales, para preservar la seguridad institucional.

Se expide a solicitud de la interesada, según E-mail del 05 de mayo de 2026. No presenta borrones, tachones o enmendaduras.

ANGELICA DEL PILAR PEÑA TRUJILLO
Profesional Especializado Gestión del Talento Humano
FIRMA DIGITAL

Max.

Rotary Club Rotario Ibagué

Albergue Infantil Alfonso Lopez

Personería Jurídica 06 de 1960 de la Secretaría de Gobierno Departamental
Nit. 890 700.634-2

CERTIFICA

Que la señora **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS**, identificada con c.c. No. 65.728.455 de Ibagué, laboró en la Institución del 4 de febrero del año 2020 al 23 de septiembre del año 2025, con los siguientes contratos y otro sí:

CONTRATO DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO, del 4 de febrero de 2020 al 3 de febrero de 2021.

CONTRATO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR, del 25 de febrero de 2021.

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labro del 25 de febrero de 2021: fecha de firma 31 de mayo de 2021.

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labor del 25 de febrero de 2021: fecha de firma 17 de agosto de 2021.

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labor del 25 de febrero de 2021: de fecha de firma 16 de diciembre de 2021.

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labor del 25 de febrero de 2021: de fecha de firma 1 de agosto de 2022.

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labor del 25 de febrero de 2021: de fecha de firma 1 de diciembre de 2022.

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labor del 25 de febrero de 2021: de fecha de firma 1 de noviembre de 2023.

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labor del 25 de febrero de 2021: del 1 de diciembre de 2023 al 31 de marzo del año 2024.

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labor del 25 de febrero de 2021: del 1 de abril al 30 de noviembre del año 2024.

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labor del 25 de febrero de 2021: del 1 al 29 de diciembre de 2024.

Avenida Ambalá Calle 36 barrio Gaitán
Teléfonos 2774511; Celular: 3102688842
correo electrónico: albergueinfantilalfonsolopez@gmail.com
Ibagué, Tolima

Rotary
Club Rotario Ibagué

Albergue Infantil Alfonso Lopez

Personería Jurídica 06 de 1960 de la Secretaría de Gobierno Departamental
Nit. 890.700.634-2

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labor del 25 de febrero de 2021: del 30 de diciembre de 2024 al 30 de marzo de 2025.

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labor del 25 de febrero de 2021: del 31 de marzo al 30 de junio de 2025.

Acta de extensión al contrato de trabajo de obra o labor del 25 de febrero de 2021: del 1 de julio del año 2025 al 23 de septiembre de 2025.

Dada a solicitud del interesado, hoy diez (10) de octubre del año dos mil veinticinco (2025)

ALEXIA QUIÑONEZ CERQUERA
Representante Legal

46

Líbano, 06 de noviembre del 2019.

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DEL INTERIOR DEL MUNICIPIO DEL LÍBANO TOLIMA.

NIT: 800.100.061-0

CERTIFICA:

Que de conformidad con los documentos que obran en el archivo de la entidad, se encontró que la señora **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS,** identificada con C.C. N°65.728.455 expedida en Ibagué - Tolima, ha suscrito con el municipio del Líbano el siguiente contrato:

TIPO DE CONTRATO:	Prestación de Servicios
NUMERO DE CONTRATO:	046 de febrero primero (01) Del 2017
OBJETO:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADORA SOCIAL EN ARAS DE APOYAR TRABAJO DE ASISTENCIA, SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL EN LA COMISARIA DE FAMILIA."
PLAZO:	CINCO (05) MESES
VALOR:	CINCO MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($5.617.500,00).
FECHA DE INICIO:	01/02/2017
FECHA DE TERMINACIÓN:	30/06/2017
EL CONTRATO SE EJECUTÓ SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACIÓN:	Si: X No: ___
EL CONTRATO SE TERMINÓ DE MANERA ANTICIPADA:	Si:___ No: X

Obligaciones Contractuales:

1. Realización de valoraciones socio económicas y socio familiares, de la comunidad con problemática de VIF, la elaboración de diagnósticos y la formulación de alternativas de solución de los problemas detectados.

Líbano, 06 de noviembre del 2019.

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DEL INTERIOR DEL MUNICIPIO DEL LÍBANO TOLIMA.

NIT: 800.100.061-0

CERTIFICA:

Que de conformidad con los documentos que obran en el archivo de la entidad, se encontró que la señora **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS,** identificada con C.C. N°65.728.455 expedida en Ibagué - Tolima, ha suscrito con el municipio del Líbano el siguiente contrato:

TIPO DE CONTRATO:	Prestación de Servicios
NUMERO DE CONTRATO:	201 de julio cuatro (04) Del 2017
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADORA SOCIAL EN ARAS DE APOYAR TRABAJO DE ASISTENCIA, SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL EN LA COMISARIA DE FAMILIA.
PLAZO:	CINCO (05) MESES Y VEINTIOCHO (28) DÍAS
VALOR:	OCHO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO VEINTIDÓS PESOS M/CTE ($8.747.122,00).
FECHA DE INICIO:	04/07/2017
FECHA DE TERMINACIÓN:	30/12/2017
EL CONTRATO SE EJECUTÓ SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACIÓN:	Si: X No: ___
EL CONTRATO SE TERMINÓ DE MANERA ANTICIPADA:	Si:___ No: X___

Obligaciones Contractuales:

1. Realización de valoraciones socio económicas y socio familiares, de la comunidad con problemática de VIF, la elaboración de diagnósticos y la formulación de alternativas de solución de los problemas detectados.

	ALCALDIA DEL LIBANO	FO-GDC-A03-15
	SECRETARIA GENERAL Y DEL INTERIOR GRUPO DE CONTRATACIÓN	Versión: 01
		Página 1 de 3

Líbano, 06 de noviembre del 2019.

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DEL INTERIOR DEL MUNICIPIO DEL LÍBANO TOLIMA.

NIT: 800.100.061-0

CERTIFICA:

Que de conformidad con los documentos que obran en el archivo de la entidad, se encontró que la señora **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS,** identificada con C.C. N°65.728.455 expedida en Ibagué - Tolima, ha suscrito con el municipio del Líbano el siguiente contrato:

TIPO DE CONTRATO:	Prestación de Servicios
NUMERO DE CONTRATO:	084 de enero veinticuatro (24) Del 2018
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADORA SOCIAL EN ARAS DE APOYAR TRABAJO DE ASISTENCIA, SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL EN LA COMISARIA DE FAMILIA.
PLAZO:	CINCO (05) MESES Y SIETE (07) DÍAS
VALOR:	OCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($8.176.979,00).
FECHA DE INICIO:	24/01/2018
FECHA DE TERMINACIÓN:	30/06/2018
EL CONTRATO SE EJECUTÓ SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACIÓN:	Si: X No: ___
EL CONTRATO SE TERMINÓ DE MANERA ANTICIPADA:	Si:___ No: X

Obligaciones Contractuales:

1. Realización de valoraciones socio económicas y socio familiares, de la comunidad con problemática de VIF, la elaboración de diagnósticos y la formulación de alternativas de solución de los problemas detectados.

	ALCALDIA DEL LIBANO	FO-GDC-A03-15
	SECRETARIA GENERAL Y DEL INTERIOR GRUPO DE CONTRATACIÓN	Versión: 01
		Página 1 de 3

Líbano, 06 de noviembre del 2019.

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DEL INTERIOR DEL MUNICIPIO DEL LÍBANO TOLIMA.

NIT: 800.100.061-0

CERTIFICA:

Que de conformidad con los documentos que obran en el archivo de la entidad, se encontró que la señora **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS,** identificada con C.C. N°65.728.455 expedida en Ibagué - Tolima, ha suscrito con el municipio del Líbano el siguiente contrato:

TIPO DE CONTRATO:	Prestación de Servicios
NUMERO DE CONTRATO:	206 de julio siete (07) Del 2018
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADORA SOCIAL EN ARAS DE APOYAR TRABAJO DE ASISTENCIA, SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL EN LA COMISARIA DE FAMILIA.
PLAZO:	TRES (03) MESES Y VEINTICINCO (25) DÍAS
VALOR:	CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTIDÓS PESOS MDA/CTE ($5.989.522,00).
FECHA DE INICIO:	07/07/2018
FECHA DE TERMINACIÓN:	31/10/2018
EL CONTRATO SE EJECUTÓ SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACIÓN:	Si: X No: ___
EL CONTRATO SE TERMINÓ DE MANERA ANTICIPADA:	Si:___ No: X___

Obligaciones Contractuales:

1. Realización de valoraciones socio económicas y socio familiares, de la comunidad con problemática de VIF, la elaboración de diagnósticos y la formulación de alternativas de solución de los problemas detectados.

Líbano, 06 de noviembre del 2019.

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DEL INTERIOR DEL MUNICIPIO DEL LÍBANO TOLIMA.

NIT: 800.100.061-0

CERTIFICA:

Que de conformidad con los documentos que obran en el archivo de la entidad, se encontró que la señora **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS,** identificada con C.C. N°65.728.455 expedida en Ibagué - Tolima, ha suscrito con el municipio del Líbano el siguiente contrato:

TIPO DE CONTRATO:	Prestación de Servicios
NUMERO DE CONTRATO:	348 de noviembre ocho (08) Del 2018
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADORA SOCIAL EN ARAS DE APOYAR TRABAJO DE ASISTENCIA, SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL EN LA COMISARIA DE FAMILIA.
PLAZO:	CINCUENTA Y UN (51) DÍAS CALENDARIOS
VALOR:	DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTIDÓS PESOS ($2.656.222.00) M/CTE.
FECHA DE INICIO:	09/11/2018
FECHA DE TERMINACIÓN:	28/12/2018
EL CONTRATO SE EJECUTÓ SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACIÓN:	Si: X No: ___
EL CONTRATO SE TERMINÓ DE MANERA ANTICIPADA:	Si:___ No: X___

Obligaciones Contractuales:

1. Realización de valoraciones socio económicas y socio familiares, de la comunidad con problemática de VIF, la elaboración de diagnósticos y la formulación de alternativas de solución de los problemas detectados.

	ALCALDIA DEL LIBANO	FO-GDC-A03-15
	SECRETARIA GENERAL Y DEL INTERIOR GRUPO DE CONTRATACIÓN	Versión: 01
		Página 1 de 3

Líbano, 06 de noviembre del 2019.

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DEL INTERIOR DEL MUNICIPIO DEL LÍBANO TOLIMA.

NIT: 800.100.061-0

CERTIFICA:

Que de conformidad con los documentos que obran en el archivo de la entidad, se encontró que la señora **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS,** identificada con C.C. N°65.728.455 expedida en Ibagué - Tolima, ha suscrito con el municipio del Líbano el siguiente contrato:

TIPO DE CONTRATO:	Prestación de Servicios
NUMERO DE CONTRATO:	015 de enero quince (15) Del 2019
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADORA SOCIAL EN ARAS DE APOYAR TRABAJO DE ASISTENCIA, SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL EN LA COMISARIA DE FAMILIA.
PLAZO:	CINCO (05) MESES
VALOR:	OCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTO SESENTA PESOS ($8.281.160,00) M/CTE.
FECHA DE INICIO:	15/01/2019
FECHA DE TERMINACIÓN:	15/07/2019
EL CONTRATO SE EJECUTÓ SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACIÓN:	Si: X No: ___
EL CONTRATO SE TERMINÓ DE MANERA ANTICIPADA:	Si:___ No: X___

Obligaciones Contractuales:

1. Realización de valoraciones socio económicas y socio familiares, de la comunidad con problemática de VIF, la elaboración de diagnósticos y la formulación de alternativas de solución de los problemas detectados.

	ALCALDIA DEL LIBANO	FO-GDC-A03-15
	SECRETARIA GENERAL Y DEL INTERIOR GRUPO DE CONTRATACIÓN	Versión: 01
		Página 1 de 3

Líbano, 06 de noviembre del 2019.

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DEL INTERIOR DEL MUNICIPIO DEL LÍBANO TOLIMA.

NIT: 800.100.061-0

CERTIFICA:

Que de conformidad con los documentos que obran en el archivo de la entidad, se encontró que la señora **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS,** identificada con C.C. N°65.728.455 expedida en Ibagué - Tolima, ha suscrito con el municipio del Líbano el siguiente contrato:

TIPO DE CONTRATO:	Prestación de Servicios
NUMERO DE CONTRATO:	085 de mayo dos (02) Del 2016
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADORA SOCIAL EN ARAS DE APOYAR TRABAJO DE ASISTENCIA, SEGUIMIENTO E INTERVENCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL EN LA COMISARIA DE FAMILIA.
PLAZO:	DOSCIENTOS CUARENTA DIAS CALENDARIOS (240)
VALOR:	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($8.400.000,00) M/CTE.
FECHA DE INICIO:	02/05/2016
FECHA DE TERMINACIÓN:	31/12/2016
EL CONTRATO SE EJECUTÓ SATISFACTORIAMENTE HASTA SU CULMINACIÓN:	Si: X No: ___
EL CONTRATO SE TERMINÓ DE MANERA ANTICIPADA:	Si:___ No: X___

Obligaciones Contractuales:

1. Realización de valoraciones socio económicas y socio familiares, de la comunidad con problemática de VIF, la elaboración de diagnósticos y la formulación de alternativas de solución de los problemas detectados.

2. Estudiar a fondo los problemas familiares de la población atendida en la Comisaría de familia y participar con el equipo interdisciplinario en las soluciones de los mismos.

3. Elaborar el diagnóstico definitivo, basándose en la causa primaria y en las causas sociales que contribuyen directamente o indirectamente en la problemática de la familia.

4. Establecer contacto, en coordinación con la Comisaría de Familia, con las autoridades competentes que tengan injerencia con los asuntos de familia, para la agilización de las medidas que se deban tomar en una situación irregular.

5. Clasificar de acuerdo con el pre diagnóstico profesional, las personas que deban según su criterio ser evaluadas por otros profesionales, que presten servicios en la Comisaría de familia.

6. Realizar los tratamientos sociales individuales y la orientación familiar que según su problemática, requieran la población atendida.

7. Planear y ejecutar, de acuerdo con los programas de la Secretaria de Gobierno, grupos de terapia social para las familias que lo requieran.

8. Participar con los estudios y diagnósticos en las reuniones de síntesis, organizadas por la Comisaría de Familia, para que, mediante el consenso de todos los profesionales y demás estamentos se determine la ubicación definitiva de la persona.

9. Realizar diagnósticos en las labores de prevención de V.I.F, Maltrato Infantil, Abuso Sexual, Prevención consumo de SPA, las cuales se realizarán en centros educativos dentro de la comunidad atendida en la comisaria de familia.

10. Apoyo a la institución hospitalaria en casos de pacientes hospitalizados por VIF, Int. Suic. Patología psiquiátrica.

11. Acompañamiento a las funciones de Policía Judicial designadas por la Fiscalía General de la nación y otros entes judiciales y administrativas.

12. Acompañamiento a actividades de restablecimiento de derechos del adulto mayor.

13. Acompañamiento a los diferentes operativos de control de prevención del consumo de sustancia psicoactivas y horarios nocturnos en establecimientos donde se expenden bebidas embriagantes y/o SPA.

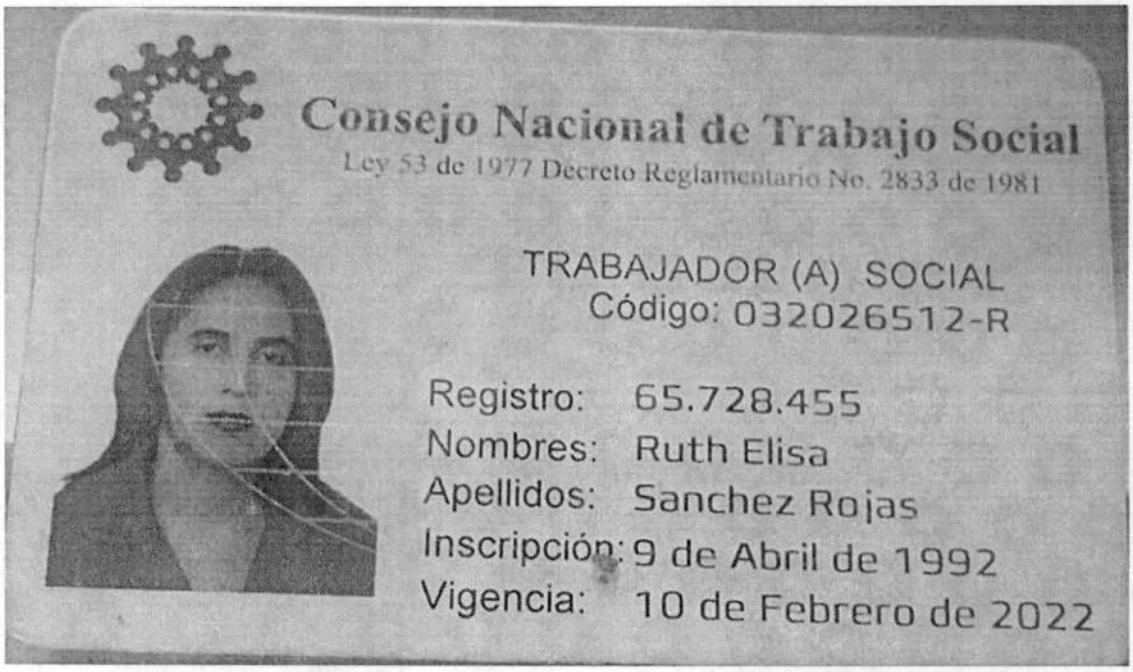
14. Realizar las solicitudes de comisión sobre estudios psicosociales y socio familiares visitas domiciliarias y otras, enviadas de instituciones (juzgados, fiscalía, policía, comisarias, ICBF).

15. Demás actividades designadas por el supervisor de acuerdo al objeto del contrato.

Esta certificación se firma en el Líbano Tolima a solicitud del interesado.

FERNANDO ANDRÉS CRUZ ZAMBRANO

Proyecto: Yhon William Charry Perdomo
Revisó: Fernando Andrés Cruz
Archivado en según TRD: (110-09-10-14)



Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto Reglamentario No. 2833 de 1981

TRABAJADOR (A) SOCIAL

Código: 032026512-R

Registro: 65.728.455

Nombres: Ruth Elisa

Apellidos: Sanchez Rojas

Inscripción: 9 de Abril de 1992

Vigencia: 10 de Febrero de 2022

CORPORACIÓN DELPHY COLOMBIA
¡Educar para Transformar!

Nit 901285557-1 Registrada en SACES Ministerio de Educación Nacional

Corporación Delphy Colombia

Certifica que:

Ruth Elisa Sánchez Rojas

C.C. 65.728.455

Participó en el

I Simposio Internacional, III Nacional & VI Departamental de Salud Mental

Con una intensidad de 7 horas

MANUEL SÁNCHEZ SERRANO
Director Ejecutivo

JIMENA QUIMBAYA CRUZ
Coordinadora Académica

ué – Tolima- Colombia 11 de septiembre de 2021

Powered by CamSc

Nit. 901285557-1 Registrada en SACES Ministerio de Educación Nacional

La Corporación Delphy Colombia

Certifica que:

Ruth Elisa Sánchez Rojas

C.C. 65.728.455

Participó en el

II SIMPOSIO NACIONAL & V DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL

Estrategias de Prevención e Intervención en Crisis Psicológicas

Con una intensidad de 7 horas

MANUEL SÁNCHEZ SERRANO
Director Ejecutivo

Jimena Quimbaya.

JIMENA QUIMBAYA CRUZ
Coordinadora Administrativa

12 de septiembre de 2020 Ibagué - Tolima

75

UNIDELPHY

¡Educar para Transformar!

Nit. 901285557-1 Registrada en SACES Ministerio de Educación Nacional

La Corporación Delphy Colombia

Certifica que:

Ruth Elisa Sánchez Rojas

cc 65.728.455

Participó y aprobó el curso

Promoción de la Salud Mental en la Adolescencia

Con una intensidad de 40 horas

MANUEL SÁNCHEZ SERRANO
Director Ejecutivo

Jimena Quimbaya.

JIMENA QUIMBAYA CRUZ
Coordinadora Administrativa

28 de agosto de 2020 Ibagué - Tolima

Powered by CamSc

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Ruth Elisa Sánchez Rojas

CC 65728455 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-09-18
Fecha de vencimiento: 2027-09-18

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Certieducación

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno LQKFDYUZ8R, constamos que

Ruth Elisa Sanchez Rojas

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 65728455

Participó y finalizó el programa Básico de

Gestión del Duelo y Acompañamiento Psicosocial en Salud (GDS)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 05 de Octubre de 2026

CUI: LQKFDYUZ8R

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Ruth Elisa Sánchez Rojas

CC 65728455 de Ibagué - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 - con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-03-19
Fecha de vencimiento: 2028-03-19

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CERTIFICADO DE VIGENCIA Y ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

EL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICA:

1. Que RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS identificada con cédula de ciudadanía número 65728455 de Ibagué, se encuentra inscrita como trabajadora social en este Consejo según el artículo sexto de la Ley 53 de 1977.
2. Que su registro profesional tiene el número 65728455 con código interno 032026512-R y con fecha de inscripción 09 de Abril de 1992, resolución de inscripción 0021 del 16 de Julio de 1992.
3. Que el registro profesional tiene vigencia hasta el 10 de Febrero de 2022.
4. Que revisados los archivos de los casos tratados por el Comité de ética, hasta la fecha, esta persona no ha sido sancionada por faltas contra la ética profesional.
5. Que este certificado tiene vigencia por seis (6) meses a partir de su expedición.

Bogotá D.C., 05 de Octubre de 2026.

Elaborado por EjerzoLegalmente

Valide éste documento ingresando el código **IwKK2L** en el siguiente enlace.
https://ejerzo.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/public/documentmanagement/validate

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.728.455

SANCHEZ ROJAS

APELLIDOS

RUTH ELISA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ABR-1965

ATACO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

12-DIC-1983 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2907300-00232042-F-0065728455-20100406 0021928080A 1 33794307

64

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141251790638

(415)7707212489984(8020) 000014125179063 8

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	65728455	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	ROJAS	RUTH	ELISA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
OMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

ección principal
CL 41 16 04 CONJ CALATAY AP 704 B SEC SORRENTO

42. Correo electrónico relisanchez@hotmail.com

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

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
7 2 2 0	2 0 1 7 0 6 2 7	0 0 2 0	2 0 2 3 0 2 2 7					

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2026-05-14 / 02:20:22PM

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CHARRY ORTIZ MAURICIO

985. Cargo Gestor IV

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 miércoles 09 de septiembre de 2026, a las 19:03:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	65728455
Código de Verificación	65728455260909190334

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302679698

PIB
19:07:56
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de septiembre 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) RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65728455:

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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:17:50 PM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **65728455**

Apellidos y Nombres: **SANCHEZ ROJAS RUTH ELISA**

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.

Volver al Inicio

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/09/2026 08:51:41 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **65728455** y Nombre: **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS.**

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. **147373304** . 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

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN . Bogotá D.C

Ibagué, septiembre 15 del 2026

Doctora
MARTHA JOHANA PALACIOS
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta ESE
Ibagué-Tolima

Asunto: Consentimiento para verificación de antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales (Ley 1918 de 2018).

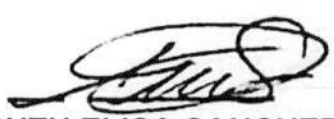
Respetada Doctora Palacios:

Yo RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS identificada con cedula de ciudadanía N° 65.728.455 obrando en nombre propio, por medio de la presente comunicación manifiesto de manera libre, expresa y voluntaria mi consentimiento a esta entidad.

Lo anterior, para que el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. de Ibagué Tolima proceda a realizar la verificación de mis antecedentes en el Registro de Inhabilidades por la comisión de delitos sexuales, en estricto cumplimiento de lo establecido en la Ley 1918 de 2018 y el Decreto Reglamentario 753 de 2019.

Quedo a su entera disposición en caso de requerir información adicional o complementaria para este trámite.

Atentamente,



RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS
C.C. 65.728.455

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 15:56:31 horas del 02/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **65728455,** Apellidos y Nombres **SANCHEZ ROJAS RUTH ELISA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA**, con NIT **890706833-1** 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.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 65728455	0	RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
73-1	AV AMABALA CON 36		3135929867			RUTHELISASANCHEZ@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-08	2026-08	38377181	I	2026-09-14	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	262.200	600	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	38377181	2026-09-11	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF		SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total		
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	IBC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNDSOL	FNDSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.		Exento de Parafiscales	Aport Empl
1	CC 65728455	SANCHEZ ROJAS RUTH ELISA	1.750.905																	0			0	30	0	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.750.905	42.700	0,02436	0	0	0	0	0	59	2	261.600	N	2612

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 65728455	0	RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
73-1	AV AMABALA CON 36		3135929867			RUTHELISASANCHEZ@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-08	2026-08	38377181	I	2026-09-14	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	262.200	600	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	38377181	2026-09-11	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
0	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	500	0	219.400
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	218.900	0	500	0	219.400
ARP(Administradoras: 1)				1	42.700	0	100	0	42.800
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	42.700	0	100	0	42.800
Gran Total					261.600	0	600	0	262.200

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-65728455 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2026-08	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	3	218.900	500	219.400
Periodo salud:	2026-08	14-23	860011153	POSITIVA	1	3	42.700	100	42.800
Planilla Nro.:	38377181 Tipo I	SINCCF	0	SIN CCF	1	3	0	0	0
Clase de aportante:	I	PASENA	899999034	SENA	0	3	0	0	0
Fecha transacción:	2026-09-13	PAICBF	899999239	ICBF	0	3	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAESAP	899999054	ESAP	0	3	0	0	0
Transacción:	650719409	PAMIED	899999001	MINEDU	0	3	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 262.200

PAGADO

24

nueva eps

CERTIFICA

El(La) Señor(a) RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS identificado(a) con CC 65728455 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**VIVA 1 A IPS S.A.-SEDE IBAGUE IPS EXCLUSIVA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes de septiembre del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS identificado(a) con C.C No. 65.728.455, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-0.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 09 de septiembre del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Colfondos
del grupo HABITAT

Bogotá D.C., 09 de febrero de 2023
RAD-114570-02-23

Señor (a):
RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS
CL 41 16 04 AP 704B PRQ RESIDENCIAL CALATAI
RELISANCHEZ@HOTMAIL.COM
Tel: 3135929867
IBAGUE-TOLIMA

Asunto: Reconocimiento de Pensión en Modalidad de Retiro Programado
Tipo de Trámite: Garantia de Pension Minima (TEMPORAL)
Código: RP001
Identificación: 65728455

Apreciado(a) Señor(a):

Con relación a su solicitud de pensión radicada ante esta Administradora nos permitimos informarle que usted cumple con los requisitos establecidos en la Ley, por lo que Colfondos S.A. le informa que su solicitud de pensión ha sido **APROBADA.**

Lo anterior teniendo en cuenta que:

1. Al verificar el patrimonio pensional acumulado -correspondiente al saldo de su cuenta de ahorro individual y el valor del bono pensional en caso de que tuviese derecho al mismo- y los beneficiarios reportados en la solicitud, dicho patrimonio es insuficiente para financiar una pensión de vejez en los términos del Artículo 64 de la Ley 100 de 1993.

2. Que el número de semanas por usted cotizadas, alcanzan las 1.150 semanas requeridas para acceder a la Garantía de Pensión Mínima, en concordancia con el Artículo 65 de la Ley 100 de 1993.

A continuación informamos los factores tenidos en cuenta para el reconocimiento de la pensión:

Beneficiario principal y sustitutos

Número de ID.	Nombre y Apellidos	F. de Nacimiento	Género	% de Distribución	Extinción del Derecho	Parentesco	Estado Beneficiario
65728455	RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS	21/04/1965	Femenino	100%		Principal	Activo
93288148	HENRY ADAMS PEÑA	01/02/1964	Masculino			Cónyuge	Inactivo
1007411268	NICOLE VANESSA ADAMS SANCHEZ	28/07/2000	Femenino			Hija	Inactivo
1104702085	EMILY ELIZABETH ADAMS SANCHEZ	15/04/2008	Femenino			Hija	Inactivo

Fecha de Adquisición del derecho: 01 de febrero de 2023

Información General

Edad del afiliado	57	Saldo Cuenta de Ahorro Individual	$ 90.261.808
% de Pérdida de Capacidad Laboral		**Valor Mesada**	**$ 1.160.000**
Total semanas cotizadas	1382,14	**Fecha Inicio pago retroactivo:**	01/02/2023
Estado del Bono Pensional		**Fecha final pago retroactivo:**	

"Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita, y ser voceros ante Colfondos, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a su Junta Directiva, recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones, el afiliado únicamente deberá describir los hechos, así como sus datos de identificación y contacto con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero: José Guillermo Peña González (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Suplente: Carlos Alfonso Cifuentes Neira (defensoriscolfondos@pgabogados.com), - Dirección: Av. 19 No. 114 – 09 oficina 502, en Bogotá, Tel.: 2131370, 2131322 y celular 321 9240479, Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua (No Festivos)."

Valor del Bono Pensional a Fecha de Corte	$ 2.214.341	Fecha de pago primer mesada		Febrero de 2023
		Número de mesadas al año		13

Seguro Previsional			Descuentos a Realizar sobre el Retroactivo por pagos recibidos con anticipación		
Aseguradora Previsional			Pagos recibidos por concepto de incapacidades		
Valor Indemnización Pagada			Otros pagos recibidos		

Observaciones
1.En cumplimiento al artículo 142, de la Ley 2010 de 2019, a partir de enero de 2022 si su mesada pensional corresponde a un salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) se procederá a descontar el cuatro por ciento (4%) como cotización a salud.

Debido a que la modalidad de pensión para el reconocimiento de la garantía de pensión mínima es el **Retiro Programado**, procederemos a realizar su ingreso a nuestra nómina de pensionados para lo cual es necesario que tenga en cuenta la siguiente información:

a) La pensión le será reconocida desde la fecha de adquisición del derecho, momento en el cual se cumplieron los requisitos que establece la ley.

b) En cumplimiento al artículo 142, de la Ley 2010 de 2019, si su mesada pensional corresponde a un salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) se procederá a descontar el ocho por ciento (8%) como cotización en salud, con destino a la Entidad Promotora de Salud (EPS) en la cual se encuentre activo a la fecha en que realicemos su ingreso a la nómina de pensionados.

c) En caso de corresponderle pago de retroactivo por mesadas anteriores al 31 de diciembre de 2019, se procederá a descontar el doce por ciento (12%) como aporte al Sistema de Seguridad Social en Salud, con destino a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y a partir del 1 de enero de 2020 el descuento se aplicará de acuerdo al artículo 142, de la Ley 2010 de 2019.

d) La fecha máxima para ingreso a nomina será el día quince (15) de cada mes, si su reconocimiento fue emitido posterior a esa fecha ingresará para la nómina del mes siguiente.

e) La fecha de pago de su mesada pensional se realizará el día veinticinco (25) de cada mes, con abono a su cuenta bancaria; en el evento que este día no sea hábil, la transferencia se realizará el día hábil inmediatamente anterior.

f) En el evento que no registre afiliación a ninguna EPS para la fecha del ingreso a la nómina de pensionados, su mesada y demás pagos quedarán retenidos hasta tanto allegue copia de la afiliación en calidad de pensionado, donde deberá relacionar los siguientes datos:

NIT 900391901-2
Razón social: Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Retiro Programado.

g) Si usted pertenece a un régimen de excepción en salud, su descuento se realizará por el porcentaje antes informado pero con destino a la ADRES.

h) Si usted es residente en el exterior y no desea que le realicemos descuentos para salud, debe notificar mediante comunicado escrito que tanto usted como su grupo familiar

Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita, y ser voceros ante Colfondos, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a su Junta Directiva, recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones, el afiliado únicamente deberá describir los hechos, así como sus datos de identificación y contacto con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero: José Guillermo Peña González (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Suplente: Carlos Alfonso Cifuentes Neira (defensoriacolfondos@pgabogados.com). - Dirección: Av. 19 No. 114 – 09 oficina 502, en Bogotá, Tel: 2131370, 2131322 y celular 321 8240478, Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua (No Festivos).

presentan servicio de salud en el país de residencia y remitir la certificación emitida por el respectivo consulado o embajada certificando su residencia en el correspondiente país.

i) Siendo usted residente en el exterior y desea que sus pagos se transfieran a una cuenta bancaria de su país de residencia, deberá presentar un código SWIFT y/o código ABA.

j) Si su reconocimiento de pensión indica que recibirá trece (13) mesadas al año, su mesada adicional será cancelada únicamente en el mes de junio, por el contrario si su reconocimiento se realizó bajo catorce (14) mesadas, recibirá las mesadas adicionales en los meses de junio y diciembre.

k) Si se hace referencia a una pensión de Garantía Mínima "TEMPORAL", esto significa que una vez se cause la redención normal del bono pensional, solicitaremos ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público el reconocimiento de la pensión DEFINITIVA, para lo cual le solicitaremos en ese momento que actualice la documentación de la solicitud de pensión que se requiera por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En caso de tener inquietudes con relación a esta comunicación, lo invitamos a contactarnos a través de nuestro portal: www.colfondos.com.co opción Contáctanos, o a través de nuestro Contact Center https://www.colfondos.com.co/dxp/web/guest/canales-de-servicio/contact-center

Atentamente,

DIANA ASTRID ALBARRACIN
Coordinadora de Pensiones
Elaboró: Angela Chirivi

"Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita, y ser voceros ante Colfondos, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a su Junta Directiva, recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones, el afiliado únicamente deberá describir los hechos, así como sus datos de identificación y contacto con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero: José Guillermo Peña González (defensoracolfondos@pgabogados.com), Suplente: Carlos Alfonso Cifuentes Naira (defensoracolfondos@pgabogados.com), - Dirección: Av. 18 No. 114 – 09 oficina 502, en Bogotá, Tel.: 2131370, 2131322 y celular 321 9240478. Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua (No Festivos)."

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Ruth Elisa Sanchez Rojas identificado con CC. 65728455 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA		
Tipo y Numero de Documento	NI - 890706833		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/06/03	**Fecha inicio contrato**	2026/06/03
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/10/02
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/10/02	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de septiembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09092026N65728455A22360638.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026031774
471

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN ADMINISTRATIVA TALENTO HUMANO	Código: GA-FR-153
		Versión: 2
	FORMATO ACEPTACIÓN DE NOTIFICACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS	Vigente desde: 28/02/2024
		Página: 1 de 1

Yo Ruth Elisa Sánchez Rojas, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 65728455 de Ibagué considerando el artículo 53 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Ley 1437 de 2011, donde se establece que los procedimientos y trámites administrativos podrán realizarse a través de medios electrónicos, de manera atenta solicito que las notificaciones que el Hospital deba hacerme, se realicen a través del siguientes correo electrónico xelisanchez@hotmail.com adjuntando el respectivo documento.

Atentamente.

Nombre Ruth Elisa Sánchez Rojas
N° de cedula. 65728455 Ibague

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

Certificación
Bancaria

Viernes, 20 de marzo de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS identificado(a) con CC 65728455, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	44658063232	2010-04-10	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

Certificado de Vacunación

VACUNA	ESQUEMA	DOSIS
HEPATITIS B	0 - 1 - 6 MESES	3
HEPATITIS A	0 Y 6 MESES	2
INFLUENZA	1	ANUAL
VARICELA	0 - 2 MESES	2
FIEBRE AMARILLA	9 MESES - 59 AÑOS	ÚNICA
TÉTANO	0-1-6 MESES Y AL AÑO	5
NEUMOCOCO	0 Y 5 AÑOS ÚNICA	2 1
TRIPLE VIRAL	0 - 6 MESES	1
DPT	ÚNICA	1
SARAMPIÓN Y RUBEOLA	ÚNICA	1

PROMOVER

Dirección: Cra. 4B. # 33- 08 Barrio: Cádiz, Ibagué - Tolima

Contacto Celular: 3157127822

Certificado de Vacunación

NOMBRES: Ruth Elisa

APELLIDOS: Sanchez Rojas

DOCUMENTOS: 65728455

FECHA DE NACIMIENTO: 21-04-1965

INFLUENZA INMUNIZACIÓN ANUAL			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1°			
2°			
3°			

HEPATITIS B			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1°			
2°			
3°			

HEPATITIS A			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1°			
2°			

(DPT) DIFTERIA - TÉTANO - TOSFERINA			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1°			

(S/R) SARAMPIÓN Y RUBEOLA			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1°			

(MMR) SARAMPIÓN - RUBEOLA - PARATIDITIS			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1°			
2°			

PROMOTOR(A)
ÁREA DE VACUNACIÓN
2739402 - 315 712 7822

TOXOIDE TETÁNICO			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
+R	14-05-2026	22800325A	BrGNyazalo
2°			
3°			
4°			
5°			

FIEBRE AMARILLA			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1°			

NEUMOCOCO			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1°			

VARICELA			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1°			
2°			

MENACTRA (Meningococo)			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1°			

VPH			
Dósis	Fecha de vacunación	Lote	Firma
1°			

81

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 34c09c19-cc8c-4297-a8b9-a2792cce41cf

Nombres y apellidos / Full name: **RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **6572845 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **21/04/1965**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3106098137**

Correo electrónico / e-mail: **norefiere@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	07	2013		1307401	LIBANO ESE HOSPITAL REGIONAL	
COVID SINOVAC	Primera	01	06	2021	Sinovac	202104001N	VIVA1AIPS SA	ENITH DEL CARMEN MONTIEL CARRANZA
COVID SINOVAC	Segunda	29	09	2021	Sinovac	202106096I	VIVA1AIPS SA	ISABEL AMPARO GOMEZ HERNANDEZ
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	09	02	2022	PFIZER	FM2954	CLINICA ESPECIALIZADA DEL NORTE SAS	LINA MARITZA LOZANO CASTRO
Fiebre Amarilla	Única	23	11	2024	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	23F0031	VIVA1AIPS CALLE 27	INGRID YULIETH GUZMAN ROA
TD Adulto Particular	Primera	14	05	2026		220800325A-DELTA	PROMOMER LTDA	DAYANNY STEPHANY LEON CUESTA - CC1101693925 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	06	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526003	IPS AVANZAR SAS	CAROLINA BARRERO BALTAN

Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

ANALICEMOS
¡Buenos Resultados!

LABORATORIO CLINICO

Nit: 901.087.458-1

10038251

Orden No	:	10038251	Medico	:	MEDICOS VARIOS
Paciente	:	RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS	Fecha Ingreso	:	2026-10-06 07:09:04
Documento	:	65728455	Fecha Impresión	:	6/10/2026 1:32:16 p. m.
Edad/Sexo	:	61 A / F	Convenio	:	PARTICULARES

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEPATITIS B - Ac CONTRA Ag DE SUPERFICIE: Método: Inmunoensayo Quimioluminiscente (CLIA)	42.73	mUI/mL	

Valores de Referencia:
Negativo: Menor de 10.0 mUI/mL.
Positivo: Mayor de 10.0 mUI/mL.

Nota técnica: La presencia de Anti-HBs en concentraciones >= 10 mUI/mL se considera evidencia de protección inmunológica frente al VHB posterior a vacunación o infección previa resuelta.
Observaciones:

Revision:

DANIELA GONZALEZ GARZON
BACTERIOLOGA
1053785690

Responsable Validacion:

MARIA CAROLINA VALDERRAMA
28549583
BACTERIÓLOGA
Fecha / Hora Validado : 2026/10/06 / 12:34:54

RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA

Codigo: GA-FR-111	Fecha de elaboración: 03/05/2017	Fecha de actualización:	Versión: 1	Página 1 de 1

Fecha: 05-10-2026

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Ruth Elisa Sanchez Rojas

Documento de Identidad: 66728455 de: Ataco

Fecha Nacimiento: 21/Abril/2026 Edad: 61 años Sexo: F

Celular: 3135929867

No.	DETALLE	SI	NO
1.	HA TENIDO VARICELA O HA SIDO VACUNADO CONTRA LA VARICELA? Si su respuesta es SI, la encuesta finaliza.	X	
2.	ESTA USTED EN ESTADO DE EMBARZO?		
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		
4.	SI RESPONDIÓ SI A LAS PREGUNTAS 2 Y 3, ESTUVO EN CONTACTO CERCANO CON EL PACIENTE FUENTE?. (Entiéndase contacto cercano, en la misma oficina y a menos de 5 metros de manera continua).		
5.	SI USTED NO ESTÁ EN EMBARAZO Y NO TIENE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, FAVOR INDICAR EL NIVEL DE CONTACTO QUE TUVO CON EL PACIENTE FUENTE.		
	A. TRABAJADOR DE LA MISMA OFICINA		
	B. TRABAJADOR DE OTRA OFICINA CON CONTACTO OCASIONAL.		
	C. NO TUVO CONTACTO		

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL					Federico Lleras Acosta E.S.E. Nit: 890706833-9
CÓDIGO: GA-FR-057	Fecha de elaboración: 03/03/2015	Fecha de actualización: 14/02/2023	Versión: 4	Página 5 de 5	

FECHA: 25 - 03 - 2026

NOMBRE Y APELLIDOS: Ruth Elisa Sanchez Reyes

SEXO: Fem

IDENTIFICACIÓN No.: 65.726.455 DE: Ibagué.

CARGO A DESEMPEÑAR: Trabajadora Social

SE LE REALIZÓ AL PACIENTE ANTERIORMENTE MENCIONADO EL EXÁMEN MÉDICO

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD

EXÁMEN DE INGRESO	Sin defecto físico ni enfermedad que interfiera su capacidad laboral para la labor asignada.	X
	Con defecto físico o enfermedad que no disminuye su capacidad laboral para la labor asignada.	
	Con defecto físico o enfermedad que interfiere su capacidad laboral para la labor asignada.	
	Aplazado hasta valoración por especialista	
EXÁMEN PERIÓDICO	Sin defecto físico ni enfermedad que interfiera su capacidad laboral para continuar con su labor asignada.	
	Con defecto físico o enfermedad que no disminuye su capacidad laboral para continuar con su labor asignada.	
	Con defecto físico o enfermedad que interfiere su capacidad laboral para continuar con su labor asignada.	
EXÁMEN DE RETIRO	Paciente sano	
	Con patología de origen común	
	Con probable patología de origen laboral	
	Paciente con secuelas de Accidente de trabajo o enfermedad laboral calificada.	

RECOMENDACIONES:

X	Reinducción al puesto de trabajo		Remisión a EPS
X	Uso completo de equipo de protección individual		Remisión a ARL
X	Uso calzado adecuado		Control P y P en EPS
X	Pausas activas laborales e higiene postural	X	Control anual por optometría
	Dosimetría permanente	X	Control anual por Medicina laboral
	Vacaciones semestrales		Incluir en PVE
	Uso medias antiváricas		Control en EPS por especialista tratante
	Bajar de peso, dieta , ejercicio regular		Reasignación de funciones
X	Hábitos saludables		Reubicación laboral

Alexander Moreno Sierra
Médico especialista en Salud Ocupacional
Universidad del Bosque
Resolución 2303 de 2023 SST

FIRMA Y SELLO MÉDICO
R.M.

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	2026-09-13 16:24

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
RUTH	ELISA	SANCHEZ	ROJAS

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	65728455

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ATACO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

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 FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUÉ

Dirección	["Calle 33 # 4A-50\r\nSede Unidad de Salud La Francia"]
go 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	$41.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$2.900.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$1.300.000,00
Otros ingresos y rentas	$300.000,00
TOTAL	$46.100.000,00

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	$1.500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VIVIENDA-APARTAMENTO	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	$150.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO BANCO	$15.474.229,00

1.2. 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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
HENRY		ADAMS	PEÑA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 93288148

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:

Federico Lleras Acosta	GESTION ADMINISTRATIVA	CODIGO: GA-FR-099
		VERSIÓN: 3
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL	VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGINA 1 DE 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD:
	14	09	2026	Ibagué

Importante: Este formato debe quedar completamente diligenciado y en letra imprenta. Por lo anterior en aquellos espacios en los cuales no tenga información para relacionar por favor escribir N.A (No Aplica).

1. INFORMACION GENERAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Sánchez	Rojas	Ruth Elisa

TIPO DE IDENTIFICACION (CC: cedula de ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjería, RC: Registro Civil)

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 65728455

SEXO: [X]

FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	
12	12	1983	Ibagué	21	04	1965	Ataco - Tolima

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESION
Colombiana			Trabajadora Social

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
Calle 41 No 16-0 V Apto 70AB	Tolima	Ibagué
CORREO ELECTRONICO	**TELEFONO FIJO**	**CELULAR**
relisanchez@hotmail.com		3135929867

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

			EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	SI [ ]	NO [X]	
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL?	SI [ ]	NO [X]	
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO?	SI [ ]	NO [X]	

EXISITE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI [ ] NO [X]

¿Cúal? _____

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI [ ] NO [X]

EXPORTACIONES	[ ]	INVERSIONES	[ ]	ENVIO Y/O RECEPCION DE GIROS	[ ]	TRANSFERENCIAS	[ ]
IMPORTACIONES	[ ]	PRESTAMOS	[ ]	PAGO DE SERVICIOS	[ ]	OTRA?	[ ]

¿Cúal? _____

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA.

4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Declaro que para efectos de vinculación con el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, el suscrito ha suministrado datos personales.

En consecuencia autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestacion del servicio correspondiente así como a la circulación o transferencia de ellos todo, aun en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o laboral o la misma hubiere terminado. Así mismo autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos a los datos biometricos.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que el Hospital mehan informado los derechos que se tienen como titular de la información de acuerdo con la Ley y su manual de políticas que se encuentra disponobles en la pagina www.hflleras.gov.co igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Copia del documento de identidad
2. Copia de la declaración juramentada de bienes y rentas del último año

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEIDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



HUELLA

FIRMA Y CEDULA

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICAL DE CUMPLIMIENTO)

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	4:02 PM
	14	9	2026		

LISTAS CONSULTADAS	REPORTA RESTRICCIÓN
1. OFFICE OF FOREING ASSETS CONTROL (OFAC) Oficina de control de activos	SI [ ] NO [X]
2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS	SI [ ] NO [X]
3. LISTA LINEA INTERPOL	SI [ ] NO [X]
4. OTRAS	SI [ ] NO [X]

OBSERVACIÓN: NO REPORTA RESTRICCIONES EN LAS LISTAS CONSULTADAS - DEL SARLAFT/PADM. ----------

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	FIRMA	CARGO
CARLOS EDUARDO HERNANDEZ R.		PROFESIONAL UNIVERSITARIO

REVISADO POR: CAMILO TRUJILLO
AUX. ADMINISTRATIVO
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

Federico
Lleras Acosta
EL HOSPITAL DE TODOS
Nit: 890706833-9

LA SUSCRITA PROFESIONALESPECIALIZADA DE LA OFICINA DE GESTION DEL TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E.

En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993, inciso 2 del artículo 1 del decreto 2209 de 1998, del literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, manual de contratación y atendiendo las disposiciones legales sobre la materia

C E R T I F I C A

Que revisada la planta de personal permanente y temporal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E., se determinó que no existe personal de planta suficiente para apoyar como PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E – TRABAJADORA SOCIAL.

La presente certificación se expide para que obre como soporte en el expediente contractual que reposa en la oficina asesora jurídica.

Dado en Ibagué, el 16 de septiembre del 2026

JOHN ALBERTO LEGUIZAMO TRIANA
Profesional Especializado Gestión del Talento Humano

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN JURIDICA	Código: GJ-FR-005
		Versión: 02
	FORMATO CERTIFICADO DE IDONEIDAD	Vigente desde: 02/10/2023
		PÁGINA: 1 de 2

EL SUSCRITO CLARA ANGELICA ROMERO MENDEZ DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E.

En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993, inciso 2 de la artículo 1 del decreto 2209 de 1998, del literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, en concordancia con lo dispuesto en el estatuto de contratación

CERTIFICA QUE

Con el fin de contar con una persona jurídica o natural que preste el servicio de Contratar la prestación de servicios profesionales de un trabaja-dor social para contribuir en el proceso de diagnóstico, preven-ción, tratamiento y rehabilitación social del usuario y su familia en trabajo social, como garantía de la prestación de servicios integra-les del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa, se procede a realizar el análisis de la experiencia e idoneidad para la celebración del presente contrato o convenio con RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS identificado con CC. 65.728.455, de Ibague.

De conformidad con la oferta de servicios, hoja de vida, certificaciones, y antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales radicados oportunamente y como resultado del análisis y valoración que de los mismos se realizó, RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS se encuentra apto para desarrollar la prestación de servicios Contratar la prestación de servicios profesionales de un trabaja-dor social para contribuir en el proceso de diagnóstico, preven-ción, tratamiento y rehabilitación social del usuario y su familia en trabajo social, como garantía de la prestación de servicios integra-les del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. por sus condiciones de idoneidad y experiencia.

La capacidad e idoneidad y experiencia para la ejecución del contrato está demostrada por los siguientes criterios:

NOMBRE PERSONA A CONTRATAR	RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS		
TITULO PROFESIONAL	TRABAJADORA SOCIAL		
FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS	14/12/1990	**No. TARJETA PROFESIONAL**	65.728.455
		FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL	9/04/1992
POSTGRADO	N/A		
PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD	Contratar la prestación de servicios profesionales de un trabajador social para contribuir en el proceso de diagnóstico, preven-ción, tratamiento y rehabilitación social del usuario y su familia en trabajo social, como garantía de la prestación de servicios integra-les del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E		

EXPERIENCIA ACREDITADA

EMPRESA O ENTIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	TIEMPO LABORADO O EJECUTADO
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	1/04/2026	23/04/2026	VEINTITRES (23) DIAS

ALBERGUE INFANTIL ALFONSO LOPEZ	4/02/2020	23/09/2025	UN (1) AÑO Y SIETE (7) MESES
ALCALDIA DEL LIBANO	2/05/2016	15/07/2019	TRES (3) AÑOS Y CINCO (5) MESES
TIEMPO TOTAL CERTIFICADO			CINCO (5) AÑOS Y VEINTITRES (23) DIAS

CAPACIDAD	CUMPLE	
	SI	NO
Hoja de vida en formato único	X	
Formato de declaración de bienes y rentas	X	
Constancia de afiliación al sistema de seguridad social	X	
Registro único tributario	X	
Fotocopia de la cédula	X	
Antecedentes fiscales, disicplinarios, penales y RNMC (persona natural o representante legal persona juridica)	X	
Camara de comercio (aplica para persona juridica)- Actividad economica acorde al objeto a contratar		
Que el personal contratado por la persona juridica no se envuentra vinculado al hospital mediente ningun otor tipo de contratacion (APLICA PARA PERSONA JURIDICA)	X	
El contratista declaró por escrito que no se encuentro incurso(a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia	X	

IDONEIDAD	CUMPLE	
	SI	NO
El contratista presentó diplomas y otros documentos que acreditan un perfil profesional acorde con el servicio requerido	X	

EXPERIENCIA	CUMPLE	
	SI	NO
El contratista presentó documentos y certificaciones que acreditan la experiencia requerida	X	

En consecuencia, certifico que RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS cumple los requisitos técnicos y específicos esenciales requeridos en los Estudios Previos y resulta conveniente para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA** E.S.E suscribir un contrato de prestación de Servicios Profesionales para "Contratar la prestación de servicios profesionales de un trabaja-dor social para contribuir en el proceso de diagnóstico, preven-ción, tratamiento y rehabilitación social del usuario y su familia en trabajo social, como garantía de la prestación de servicios integra-les del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E."

FECHA DE VALIDACION HOJA DE VIDA	15 DE SEPTIEMBRE DEL 2026

Dado en Ibagué a los 15 DE SEPTIEMBRE DEL 2026

Angelica Romero

CLARA ANGELICA ROMERO MENDEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE ATENCION AL USUARIO

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION TECNOLOGIA DE LA INFORMACION|	CÓDIGO: GA-FR-138
		Versión: 2
	FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION	Vigente desde: 03/07/2024
		Página: 1 de 2

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

PROVEEDOR [ ] CONTRATISTA DE SERVICIOS [ ] T.H DE LA EMPRESA [ ]
ESTUDIANTE [ ] RESIDENTE [ ] VISITANTE [ ] OTRO [ ]
CUAL_____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.- USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.

b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 15/09/26 Ciudad: Ibagué

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Ruth Elisa Sánchez Rojas

No. C.C : 65778455

FIRMA:

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-136
		Versión: 3
	FORMATO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Vigente desde: 27/07/2023
		Página: 1 de 2

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

___ Aspirante ___ Estudiante ___ Pacientes y Acompañantes | Proveedores y Contratistas

___ Veedor ___ Empleado o Exempleado | Otro. ¿Cual? _____

FINALIDAD

GENERALES	La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL. Pago de obligaciones contractuales. Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma. Soporte en procesos de auditoria externa/interna. Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente. Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL. Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar. Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL. Con propósitos de seguridad o prevención de fraude. Actualización de datos entregados por el Titular. Atención efectiva al usuario y cualquier otra finalidad que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el titular de los datos y EL HOSPITAL.

Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen

ASPIRANTES	Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Realización de procesos de elección y promoción interna.
ESTUDIANTES	Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos. Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio. Realización de publicaciones internas y externas. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono). Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos. Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente. Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios. Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos. Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud. Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios. Ofrecer información sobre campañas, programas especiales. Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario. Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas. Elaboración de Informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar , Abandono Social y maltrato infantil. Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad. Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas. Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorias, y proyectos llevados a cabo por la entidad. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL. Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos. Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral, fiscal, tributaria y mercantil. Suministrar información comercial y financiera a terceros para efectos de realizar reportes a centrales de riesgos por incumplimiento obligaciones.

FINALIDAD	
EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo. Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados. Realización de publicaciones internas y externas. Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización. Brindar información a empresas que solicitan verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previa verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información). Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones. Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital . Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros. Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.
VEEDORES	Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios. Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales. Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial. Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.

DECLARACIÓN:

Yo:_____mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):

(a) Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hos Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E

(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.

(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de _____ a los ( ) _____días del mes de_____ del Año _____.

Firma: _____

Nombre: Ruth Elisa Sanchez Rojas

C.C No: 65728455 **de:** Ibagué

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad:_____

Documento de Identidad:_____Tipo: NUIT____ TI:____Otro_____

Dirección de Correspondencia:_____

Ciudad:_____Teléfono Fijos:_____

Celular:_____E-mail:_____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor :_____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor :_____Parentesco_____

Federico Lleras Acosta	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CODIGO: GA-FR-168
		Versión: 2
		Vigencia desde: 15/02/2024
	FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES	Página 1 de 1

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Anual___

Al momento de la vinculación___

Yo Ruth Elisa Sanchez Rojas identificado(a) con cédula de ciudadanía N.° 65728455 de Ibague! vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

Directivo ____
Ordenador del gasto____
Supervisor de contrato____
Responsable del proceso de inspección y vigilancia_____
Interventor_____
Responsable del control interno_____
Responsable del proceso de contratación_____
Responsable de la pagaduría_____
Responsable de la tesorería_____
Otro X ¿Cuál? OPS

en el cargo específico o contrato: Trabajadora Social en la siguiente dependencia o área de trabajo: Atencion Al Usuario

Entiendo la presente como una medida preventiva, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente declaración de intereses particulares, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Que es mi interés atender la política de integridad y cumplir con los valores del servicio público del código de integridad.
- Que los conflictos de intereses se pueden presentar cuando el deber propio de la función pública se ve afectado por intereses particulares, los cuales podrían influir real o potencialmente en la forma correcta del ejercicio de funciones y responsabilidades oficiales.
- Que conozco lo dispuesto sobre conflictos de intereses en la normatividad vigente : Código Disciplinario Único , el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 1474 de 2011.
- Que conozco las inhabilidades e incompatibilidades en mi calidad de servidor público o particular que cumple funciones públicas.

Por lo anterior, a continuación me permito declarar mis intereses particulares:

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

Las siguientes son las sociedades, empresas, negocios, fundación, asociación u organización con o sin ánimo de lucro, de las cuales soy dueño, socio, representante legal, directivo o empleado, o lo he sido en los últimos 5 años:

Entidad o negocio: NO
Tipo de participación: _____
Fechas de ingreso y salida: _____
Compromiso vigente de confidencialidad: SI/NO

2. Actividades económicas o profesionales de los parientes cercanos, cónyugue o compañero permanente

A continuación registro a mis familiares: cónyuge, compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, que por su sus actividades económicas o profesionales de carácter privado podrían generar un potencial conflicto de intereses:

Nombres y apellidos del familiar: NO
Número de documento de identidad: _____
Tipo y grado de parentesco: _____
Descripción de actividades económicas o profesionales: _____
Fechas de ingreso y salida: _____

Otro interés particular

Describa otras posibles situaciones que puedan generar un potencial conflicto de intereses por la función que desempeña (revise la normatividad sobre causales en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011): NO APLICA

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento
NO CONTROLADO

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:
Firma del (la) declarante: _____
Cédula de ciudadanía N.° 65 728 455 de Ibagué
Fecha: 15-04-26

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.
Nombre de quien recibe: _____
Firma: _____
Cédula de ciudadanía N.° _____de_____
Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011.
Nota: La declaración de conflicto de intereses está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por la oficina de control interno de la entidad o ente responsable.

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento
NO CONTROLADO

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 65728455 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 09/09/2026 07:00 PM

Código Verificación: **XZWKEBMR4N**

Válida hasta: **09/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

95

Fecha: Ibagué,

Para: jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Número del Contrato:

Nit: ***C.C.*** *65.728.455*
Contratista: ***RUTH ELISA SANCHEZ ROJAS***
Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.08.8.3.9.9.0.01
Nombre Rubro Presupuestal: OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P.

Certificado de Disponibilidad Presupuestal a afectar:

Valor: $ 10.500.000

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada): Contratar la prestación de servicios profesionales de un trabajador social para contribuir en el proceso de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación social del usuario y su familia en trabajo social, como garantía de la prestación de servicios integrales del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Por un tiempo de tres (3) meses a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos, ejecución del contrato

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

CLARA ANGELICA ROMERO MÉNDEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Autorización Ordenador del Gasto:

Dra. MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ am ___ pm___

Diligenció	
Nombre: Angelica Romero Méndez	Firma:
Fecha: 15/09/2026	

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento NO CONTROLADO