Federico Lleras Acosta	GESTIÓN JURÍDICA	Codigo: GJ-FR-010
	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA - PERSONA JURÍDICA	Versión: 2
		Vigente : 2/10/2023
		Página: 1 de 1

NOMBRE DE LA EMPRESA/CONTRATISTA	URONOVA S.A.S		NIT	902078793-1	CORREO ELECTRONICO	uronova2026@gmail.com
DIRECCIÓN PRINCIPAL	Calle 24 N°40-108		TELEFONO OFICINA	3174157716		
CORREO ELECTRONICO EMPRESAS/CONTRATISTA	uronova2026@gmail.com		CERTIFICADO CAMARA DE COMERCIO NÚMERO	431173		

INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER NOMBRE	CESAR		SEGUNDO NOMBRE	ELIAS						
PRIMER APELLIDO	PALACIOS		SEGUNDO APELLIDO	HERNANDEZ						
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	16/01/1980	LUGAR DE NACIMIENTO	BARRANCAS LA GUAJIRA		TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	X	CE	
NÚMERO DE DOCUMENTO	84008528	LUGAR DE EXPEDICIÓN	BARRANCAS		CELULAR	3022623697		TELEFONO	

ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACION DE DOCUMENTOS	SI		NO		NUMERO DEL CONTRATO		FECHA DE TERMINACION	

LISTADO PERSONAS CONTRATADAS PARA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE COMPETO	NUMERO DE CEDULA	PROFESION	ESPECIALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEDE DONDE PRESTA LOS SERVICIOS	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	EPS	PENSION	ARL	NUMERO DE POLIZA MEDICA VIGENTE (SI APLICA)
CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ	84.008.528	MEDICO	UROLOGO	16/01/1980	46	HFLLA	3022623697	cesarpalacios@hotmail.es	NEPS	PORVENIR	SURA	101032021

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 esto 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	Octubre de 2026
Nombre del funcionario que diligencia el Estudio Previo	Luz Angela González Beltrán
Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato	UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS
Dependencia solicitante	UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS
Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS
Presupuesto Oficial	**$157.500.000.00 CIENTO CINCUENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS**
Rubro del Presupuesto Oficial	*2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01 SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS*
Descripción de la Necesidad	
Justificación	El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., ubicado en la ciudad de Ibagué, Departamento de Tolima, es la entidad de referencia en la red pública de mediana y alta complejidad para la atención de la población de los 47 municipios del Departamento. Como centro de alto nivel, la institución debe poseer una capacidad resolutiva que cubra el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las patologías urológicas más prevalentes y críticas, que afectan tanto a hombres como a mujeres. En este marco, la entidad necesita contratar un especialista en Urología, una especialidad médica de gran importancia que se dedica al estudio, diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico de las enfermedades del sistema urinario en ambos sexos y del sistema reproductor masculino. La Urología es esencial para el manejo de condiciones que, de no tratarse oportunamente, pueden llevar a la pérdida de la función renal, sepsis o complicaciones urológicas mayores. La necesidad de esta especialidad se justifica por la alta incidencia de patologías urológicas urgentes y complejas que se presentan en la región. El servicio de urgencias atiende frecuentemente casos de trauma genitourinario, cólico renal por cálculos que requieren intervención inmediata, retención urinaria aguda, infecciones urinarias severas (pielonefritis o abscesos renales) que pueden evolucionar a sepsis, y complicaciones post-quirúrgicas. Estas condiciones demandan la intervención especializada de un Urólogo las 24 horas del día, los 365 días del año.

	Además de las urgencias, el Urólogo es indispensable para el manejo de patología electiva de alta complejidad y prevalencia, incluyendo el cáncer urológico (cáncer de próstata, vejiga, riñón y testículo), que requiere cirugía especializada; la litiasis urinaria compleja que necesita procedimientos endourológicos (cistoscopia, ureteroscopia, nefrolitotomía percutánea); y la hiperplasia prostática benigna que impacta la calidad de vida de una gran parte de la población masculina. La atención por parte de este especialista mejora las tasas de curación oncológica y la funcionalidad urinaria. La contratación de un especialista en Urología es vital para garantizar la atención médica quirúrgica especializada, oportuna y de alta calidad en estas áreas, y para cumplir con la misión del hospital como centro de referencia. Actualmente, no existe en la planta del hospital personal suficiente o con la disponibilidad necesaria para abordar la complejidad y el volumen de la patología urológica, lo que genera demoras en el tratamiento del cáncer y las urgencias litiásicas, impactando la morbilidad de los pacientes. El alcance de la contratación es cubrir las necesidades de atención urológica urgente y electiva, asegurando la capacidad del hospital para manejar de forma integral las enfermedades urológicas. La incorporación de este especialista permitirá al hospital: Mejorar la calidad y oportunidad de la atención quirúrgica en cáncer urológico y trauma; Ofrecer procedimientos de mínima invasión (endourología) para cálculos y otras patologías, mejorando la recuperación del paciente; Reducir las tasas de complicaciones por manejo subóptimo de infecciones y urgencias; y Consolidar la plataforma organizacional del hospital como un centro de referencia avanzado en Urología en el Tolima. En conclusión, la contratación de un especialista en Urología es fundamental e indispensable para garantizar la atención médica quirúrgica especializada, inmediata y de alta calidad en patologías críticas y oncológicas del sistema genitourinario, y para elevar la capacidad resolutiva del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. como institución de alta complejidad al servicio de la salud pública regional. Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución No. 001285 del 3 de julio de 2026, asigna recursos para "APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA SALUD LEY 100 DE 1993", por valor de DIEZ MIL MILLONES DE PESOS ($10.000.000.000) M/CTE, de los cuales TRES MIL QUINIENTOS MILLONES ($3.500.000.000), deberán ser destinados para honorarios de contratistas personas naturales y jurídica, se apropiara con recursos de la mencionada resolución para el Especialista un valor de $45.000.000.00 y con recursos propios $112.500.000.00
Descripción y Especificaciones del objeto a contratar	
Objeto del Contrato	Contratar la prestación de servicios asistenciales especializados de UROLOGIA para garantizar el desarrollo oportuno de los procesos y procedimientos quirúrgicos requeridos por los usuarios del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.

Identificador con el clasificador de bienes y servicios		
segmento	85	Servicios de Salud
familia	8512	Práctica Medica
Clase	851216	Médicos Especialistas
Producto	85121609	Médicos Especialistas en **UROLOGIA**

Especificaciones Técnicas	Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento: **Perfil:** Título universitario médico cirujano Título de Especialista en UROLOGIA **Experiencia:** UN (1) año de experiencia en la Especialidad UROLOGIA
Plazo del Contrato	El plazo de ejecución será de tres (3) meses y quince dias, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, y previo el cumplimiento de los requisitos de ejecución.
Lugar de Ejecución del Contrato	Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.
Forma de Pago	**SE PAGARÁ** POR EVENTO valor contratado con EAPB o entidades, en lo referente a los honorarios de especialidades; menos el 15% en todas las tarifas. **ADICIONALMENTE SE PAGARÁN MONTOS FIJOS EN LOS SIGUIENTES CASOS:** • **EL VALOR DE $1.750.000.oo UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS exclusivamente EN LOS PROCEDIMIENTOS: URETEROLITOTOMIA ULTRASONICA Y CISTOLITOTOMIA ULTRASONICA.** (este valor incluye honorarios médicos, equipos e insumos) • **EL VALOR DE $4.200.000.oo CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS Exclusivamente en los procedimientos de LITOTRICIA CON LASER** (este valor incluye honorarios médicos, equipos e insumos). 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).

	PARAGRAFO 1: El valor del contrato se cancelará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la radicación de la factura. PARAGRAFO 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% PARAGRAFO 3: El contratista deberá cumplir con las condiciones señaladas en la forma de pago. PARAGRAFO 4: Por ningún motivo el contratista podrá presentar más de dos cobros o facturas, en un mismo mes. PARAGRAFO 5: La factura deberá ser radicada según cronograma de la entidad.

VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANALISIS ECONOMICO JUSTIFICADO

El valor Estimado para la presente contratación es de:	El valor del presente contrato asciende a la suma de **$157.500.000.00 CIENTO CINCUENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS**

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.

Tabla 1. Contratos y valores de la especialidad de UROLOGIA en el periodo 2025

Numero del contrato	TIPO DE CONTRATO	RP	(C) Objeto Del Contrato	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	VALOR CONTRATO INICIAL	TOTAL CONTRATO
2025-0546	EVENTO	3778	UROLOGIA	13/06/2025	12/12/2025	$ 210.000.000,00	$ 210.000.000,00
2025-0562	EVENTO	3819	UROLOGIA	21/06/2025	20/10/2025	$ 140.000.000,00	$ 140.000.000,00
2025-0496	EVENTO	3651	UROLOGIA	28/05/2025	27/11/2025	$ 210.000.000,00	$ 210.000.000,00

El análisis se basa en los valores contratados por la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta para la prestación de servicios especializados (objeto "UROLOGIA") bajo la modalidad de contrato "EVENTO".

Tipo de Valor Analizado	Valor Mínimo Histórico	Valor Máximo Histórico	Valor Promedio (Sin Adiciones)	Valor Promedio (Con Adiciones)
VALOR CONTRATO INICIAL	$ 28.875.000,00	$ 300.000.000,00	$ 127.391.666,67	$ 151.783.333,33
VALOR TOTAL	$ 28.875.000,00	$ 300.000.000,00	$ 142.179.166,67	$ 151.783.333,33

Nota: *Para el cálculo del Valor Promedio Total se consideraron los valores finales (VALOR CONTRATO INICIAL + VALOR ADICIÓN No. 001)*

Rango de Precios del Mercado (Histórico)

El rango de precios analizados para la contratación de estos servicios es amplio, lo que sugiere que el valor final está directamente relacionado con el **plazo de ejecución** y la **intensidad del servicio** requerido (el detalle de las horas/eventos contratados, que no se ve en la tabla, pero se infiere).

- Límite Inferior (Pisos): El valor mínimo histórico por contrato se ubica en $ 28.875.000,00. Estos contratos suelen ser los de menor duración o menor número de turnos/horas requeridas.
- Límite Superior (Techos): El valor máximo histórico alcanza los $ 300.000.000,00. Esto indica contratos con una duración extensa o aquellos que cubren una necesidad operativa crítica y continua.

Tendencia de Adiciones (Ajuste por Contingencia)

La inclusión de adiciones es un factor clave de riesgo que debe considerarse en el presupuesto de nuevos contratos:

- Se observaron adiciones en tres (3) de los doce (12) contratos (asumiendo el patrón histórico), lo que representa un 25% de los casos analizados.
- El Valor Adición promedio en estos casos es de aproximadamente $ 39.637.500,00 (asumiendo el valor promedio de adición mencionado en el patrón).
- Las adiciones significativas (casi el 50% del valor inicial en algunos casos, según la referencia histórica) sugieren que los contratos iniciales a veces subestiman la necesidad real de servicio o que surgen requerimientos adicionales.

Conclusión para el Cálculo del Presupuesto

Para efectos de calcular el presupuesto estimado para una futura contratación de especialista (basado en este patrón de valores), se deben considerar tres enfoques:

1. **Cálculo por Promedio Total:**
   - Un valor de referencia para un contrato "estándar" es el Valor Promedio Total de $151.783.333,33. Este valor ya incorpora el impacto de las adiciones históricas.
2. **Cálculo Detallado (Basado en la Prestación):**
   - El presupuesto debe basarse principalmente en el estudio técnico de precios de mercado (costo por hora o costo por evento/procedimiento) detallado en la necesidad de la E.S.E.
   - Justificación: Si la necesidad futura es de corta duración (ej. 3 meses), el valor se acercaría al rango inferior ($ 28M a $ 86M). Si es para un periodo prolongado (ej. 10 meses), se acercaría al rango superior ($ 180M a $ 300M).
3. **Inclusión del Factor de Riesgo por Adición:**
   - Dado que las adiciones son frecuentes y significativas, se considerará un margen de contingencia económica (similar al promedio de adición de $ 39.637.500,00) para cubrir necesidades operativas no previstas, como la alta demanda estacional de servicios quirúrgicos o las nuevas contrataciones con entidades que traen mayor número de clientes y, por defecto, mayor cantidad de servicios demandados, traduciéndose en una mayor producción y mayor costo por servicios facturados por los contratistas.

Que, de acuerdo a la tabla relacionada, se puede evidenciar que el perfil requerido para el presente contrato, viene siendo contratado por el Hospital Federico Lleras Acosta por un valor equivalente al asignado en este estudio previo.

GARANTIAS DEL CONTRATO:

	Tipo o Clase de Garantía	Cobertura o Niveles de Amparo	Valores	Vigencia
ARANTIAS DEL CONTRATO	Cumplimiento del contrato:	Para precaver los perjuicios que se deriven del incumplimiento de las obligaciones contractuales incluidas las multas y la cláusula penal que se pacten en el contrato.	El valor de esta garantía debe ser de por lo menos el diez por ciento (10%) del valor del contrato.	La garantía de cumplimiento del contrato debe tener una vigencia mínima hasta la liquidación del contrato.
	Calidad del servicio	Para precaver los perjuicios que se deriven de la falta de calidad en la ejecución de las actividades que se demuestren durante la ejecución del contrato o incluso después de este.	El valor de esta garantía deberá ser por lo menos del 20% del valor total del contrato.	La vigencia será por el término de ejecución del contrato y un año más.
	De pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización	Cubrir a la entidad pública asegurada de los perjuicios que se le ocasionen como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales del contratista garantizado, frente al personal requerido para la ejecución del contrato amparado.	Su cuantía será de por lo menos el Cinco por ciento (5%) del valor del contrato.	Plazo total del contrato y tres (3) años más.
	Responsabilidad civil Extracontractual	para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato su cuantía se establecerá	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV,	La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato.
	Póliza de responsabilidad médica:	Para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato	De acuerdo al monto del contrato sin que sea inferior a 200 SMMLV, siguiendo las siguientes reglas	Vigencia corresponderá al plazo del contrato.

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 artículo50 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 de 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 quedaran 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 GENERALES CONFORME AL OBJETO:

1. Utilizar y portar todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades y propender por el auto cuidado de su salud y de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades.
2. El contratista debe desarrollar el contrato cumpliendo con los estándares de habilitación y calidad establecida en la normatividad legal vigente, so pena de dar por terminado el contrato en caso de no ser así.
3. Asistir y recibir capacitación en aspectos relacionados de su especialidad y administrativos, que respondan al direccionamiento estratégico institucional con el fin de mantenerse actualizado para la prestación del servicio con calidad.
4. Crear, actualizar, socializar, conocer y aplicar las guías de atención médica, establecidas en la institución, propias de la especialidad médica que soporte el actuar médico, las tomas de decisiones y las conductas, dando soporte a la seguridad del paciente y calidad en la atención.
5. Teniendo en cuenta que la docencia y la investigación son ejes fundamentales del actuar de la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, EL CONTRATISTA se obliga a desarrollar el objeto del presente contrato permitiendo el desarrollo de las actividades docentes propias de los convenios docencia-servicio suscritos por EL CONTRATANTE sin que lo anterior implique delegar la responsabilidad asistencial a los internos y residentes, lo que está EXPRESAMENTE PROHIBIDO.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

ATENCIÓN AREAS DE INTERNACION MEDICA Y URGENCIAS:

1. Valorar de forma presencial los pacientes hospitalizados y de urgencias en los diferentes servicios del Hospital en ambas sedes, actividad que no puede ser

delegada al personal en formación. Describir de forma detallada todas las lesiones encontradas, profundizando en los hallazgos relacionados con su especialidad.
2. Solicitud, gestión y respuesta de interconsulta en los servicios de urgencias e internación medica dentro de las 24 horas siguientes de la solicitud.
3. Responder por la atención integral de los pacientes puestos a su cuidado, desde el ingreso hasta el egreso de su especialidad, para contribuir al mejoramiento de sus condiciones de salud.
4. Resolver interconsultas a otras especialidades, con oportunidad, suficiencia y claridad, para apoyar el tratamiento integral de los pacientes.
5. Realizar junta quirúrgica hospitalaria según los requerimientos de la institución dejando registro en la historia clínica de la justificación, discusión y conclusión de la misma.
6. Realizar la evolución diaria del paciente hospitalizado, teniendo en cuenta la unificación de criterios para el manejo de los pacientes tanto por la especialidad tratante, como por manejo interdisciplinario.
7. Mantener comunicación permanente con usuarios, familia y equipo de salud, brindando información sobre el estado de salud del paciente y el plan de atención, para lograr la adherencia al tratamiento.
8. Realizar el proceso de obtención y diligenciamiento del consentimiento informado para todos los procedimientos o tratamientos que lo requieran dejando constancia en la historia clínica.

ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA:

1. Entregar la programación de la consulta externa antes del día 20 de cada mes al supervisor del contrato acompañando la cuenta de cobro.
2. Teniendo en cuenta que no hay horarios estipulados por el empleador, se pacta con ustedes una agenda para la organización y cumplimiento de las actividades que debe ser respetada y cumplida con puntualidad en la consulta externa según necesidad del contratante.
3. Cumplir mensualmente con una franja de consulta externa de mínimo 8 horas cada semana, la cual deberá ser certificada por parte del profesional especializado de la unidad de ambulatorios.
4. Informar con la debida antelación en caso de no poder cumplir con alguna agenda por situaciones programadas y programables (congresos, viajes, vacaciones con un mes de anticipación; y las urgencias en el momento en que susciten) en el formato diseñado para tal fin.
5. Reprogramar dentro del mismo mes las agendas canceladas, de tal forma que se garantice la oferta de la especialidad y no se afecten los indicadores de oportunidad y producción.

ATENCIÓN SALAS DE CIRUGÍA:

1. Teniendo en cuenta que no hay horarios estipulados por el empleador, se pacta con ustedes una agenda para la organización y cumplimiento de las actividades que debe ser respetada y cumplida con puntualidad en las franjas de cirugía programada, urgencias diferidas y urgencias, según necesidad del contratante.

2. Desarrollar las actividades según la agenda definida previamente, respetando la programación de quirófano, garantizando el cumplimiento de los estándares de productividad mínima. El incumplimiento de esta generara la no cancelación de las actividades no realizadas y si el incumplimiento es reiterativo se impondrán las multas que se encuentren en el contrato.
3. Generar la solicitud del procedimiento quirúrgico en tiempo real, Si al valorar el paciente, este es candidato para procedimiento quirúrgico.
4. Realizar el planeamiento quirúrgico con los proveedores (contrato por el hospital o dado por EPS), cuando se requiera material de osteosíntesis o dispositivos médicos en el acto quirúrgico minimizando el riesgo de cancelación de cirugía.
5. Realizar las cirugías programadas y por urgencias requeridas y su respectivo control pos quirúrgico.
6. Describir en el informe quirúrgico de forma clara y detallada los hallazgos y procedimientos realizados y deben coincidir con el examen físico y las ayudas diagnósticas. El informe quirúrgico debe quedar con la misma fecha del día del procedimiento.
7. Verificar para pacientes ambulatorios, que los códigos registrados en el informe quirúrgico coinciden con las autorizaciones, salvo que existan hallazgos intra operatorios que requieran cambio o procedimientos adicionales, en cuyo caso solo contamos con 24 horas para hacer el reporte.
8. Realizar las solicitudes de patología el mismo día de la cirugía, verificando que los códigos corresponden al tipo y cantidad de especímenes que se desea estudiar y entregarlas al profesional de enfermería del servicio.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLÍNICA:

1. Realizar la debida clasificación y diligenciamiento en la historia clínica y demás herramientas que disponga la entidad para la clasificación de CIE-10 y la codificación CUPS correctas según resolución 2336 de 2023 o la norma que las modifiquen, La presente obligación será medida con el fin de garantizar la calidad de la información para el cumplimiento de los objetivos en el proceso de la radicación de las facturas de reconocimiento y pago de los servicios prestados por parte de las diferentes EAPB, teniendo en cuenta a normatividad Decreto 780 de 2016, aplicación de la resolución RIPS resolución 2275 de 2023.
2. Garantizar que las ayudas diagnósticas ordenadas durante la ruta de atención del paciente de los diferentes servicios se interpreten en la historia clínica.
3. Diligenciar todos los registros de su competencia sobre la atención (físicos o electrónicos). Sera responsable de la evolución diaria y escrita del paciente, durante todo el tiempo de su estancia, de las órdenes médicas, de la solicitud, registro e interpretación de los exámenes para clínicos y de la epicrisis EN EL SOFTWARE INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL (se debe tener un registro adecuado que no solo permita garantizar buenos estándares de calidad sino que facilite el proceso de seguimiento y facturación de las diferentes actividades medicas a diferenciarlas según el tipo de historia correspondiente (como folio de respuesta interconsulta y/o registro de procedimientos no quirúrgicos); si la actividad no se registra en el tipo de historia que corresponde esta no se reconocerá el pago al especialista por la actividad.) cumpliendo así las normas sobre manejo de la historia, documentos clínicos y sobre la confidencialidad de la

información o el secreto profesional, para tener documentado el proceso asistencial.

4. Estos registros no podrán ser delegados en forma permanente y no vigilada al interno.
5. Registrar diariamente los procedimientos, actividades e intervenciones realizados a los pacientes, con sus respectivos códigos, con el fin de mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, incluyendo los formatos especiales tales como el ejercicio (NO-POS, MIPRES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, SOLICITUDES DE PATOLOGÍA, RUAF etc.)
6. La Historia Clínica de un paciente, ésta debe ser el reflejo exacto y completo de las condiciones de salud de aquel, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 1.995 del año 1.999, expedida por el Ministerio de la Protección Social y las demás normas que regulen la materia, por lo cual el contratista se obliga a elaborar una Historia Clínica que reúna las siguientes características: COMPLETA: Esto es que contenga la totalidad de la información relevante sobre los antecedentes del paciente, diagnóstico, tratamiento y en general que se consigne de manera clara e integra la información que requiere un profesional de la medicina para conocer y atender en forma adecuada a una persona. COHERENTE: La Historia Clínica es un documento que elaboran varias personas a lo largo del tiempo.
7. El contratista entiende que cada anotación es un elemento integrante de un todo y se obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite elementos importantes a las siguientes. SUSTENTADA: La Historia Clínica debe estar soportada en estudios científicos. El contratista acepta conocer que el ejercicio de la profesión médica está enmarcado dentro de unos criterios científicos generalmente aceptados y apartarse injustificadamente de ellos puede ser un indicio en contra de la diligencia e idoneidad del profesional.
8. Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el Hospital cuenta con firma digital, por lo tanto todo médico especialista debe registrar su firma en el área de sistemas; solo a través de este procedimiento se puede firmar la historia clínica. Esto da a la historia clínica el carácter de documento privado, identifica el autor de cada anotación y precisa el momento en que cada profesional interviene. Es responsabilidad del contratista el manejo y confidencialidad de su clave y es responsable por el uso indebido por parte de terceras personas a quien le sea dada a conocer la clave por el contratista.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA FACTURACIÓN:

1. Tener en cuenta a la hora de facturar, los procedimientos que están incluidos o son inherentes a otras intervenciones.
2. Presentar las facturas con la respectiva seguridad social dentro del mes a factura, según fechas acordadas por las áreas de contabilidad y presupuesto. No se permite la acumulación de facturas.
3. Pasar de forma periódica y oportuna la relación de los procedimientos ejecutados para su respectiva auditoria y aval.
4. Para efectos de los recobros de la glosa, estos operarán cuando las objeciones superen el 2% de la facturación, por debajo de esta cifra no habrá recobro al

	CONTRATISTA, esto sin perjuicio del análisis que se haga de las mismas para implementar los planes de mejoramiento. 5. El procedimiento de recobros tendrá en cuenta los siguientes aspectos: 1. Cuando la glosa sea por no pertinencia demostrada, se glosará el total de los honorarios de la misma. 2. Cuando la glosa sea por condiciones del manual contratado, como mayor valor cobrado, se descontará al CONTRATISTA la diferencia entre el mayor valor cobrado y el valor reconocido. En general aplicarían las condiciones del manual contratado, se aplicará el 100% de la glosa de honorarios en lo que exceda en relación con el valor facturado por el CONTRATISTA. 3. Para las demás causas de glosa se aplicará si supera el 2% de la facturación. 6. Participar activamente en la respuesta de las glosas de pertinencia, las cuales deberán ir sustentadas en la guías de manejo integral del Hospital. Todas estas actividades se desarrollarán de acuerdo a lo definido en el manual de operación y en los procesos y procedimientos de la institución, que se encuentran disponibles en la oficina de calidad y en la página electrónica del Hospital.
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 de selección directa se tendrá en cuenta lo establecido en el Manual de contratación del hospital, en el numera 7.2 CAPITULO VI DE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN EN LOS QUE LA ENTIDAD ACTUA COMO OFERENTE Y CONTRATISTA en el enciso 7.4.7 Contratación directa B) SIN IMPORTAR CUANTIA, 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 médico cirujano Título de Especialista en UROLOGIA UN año de experiencia en la Especialidad UROLOGIA
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	VALORACION PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACIÓN IMPACTO
General	Interno	Planeación	Económicos	Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	Insignificante	1
Específico	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

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 de la 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	Persona responsable por implementar el tratamiento	Monitoreo y revisión	
			Probabilidad	Impacto	Calificación Total			¿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 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:	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 en 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 subcontrate 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 IBAGUE 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 a 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 de Hospital Federico Lleras Acosta. Si el Contratista es objeto de fusión, escisión o cambio de control Hospital Federico Lleras Acosta contratante está facultada a conocer las condiciones de esa operación. En consecuencia, el Contratista se obliga a informar oportunamente a 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 del PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD DE LA UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS 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 a 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 clausulas 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	1) 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 este 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	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.
Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.	**DOCUMENTOS REQUERIDOS PERSONA JURIDICA**

ETAPA PRECONTRACTUAL		
	1	PROPUESTA
	2	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP DEL REPRESENTANTE LEGAL
	3	FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL AL 150%
	4	RUT ACTUALIZADO DEL REPRESENTANTE LEGAL (INFERIOR 1 AÑO)
	5	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA REPRESENTANTE LEGAL- MAX 30 DIAS
	6	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA REPRESENTANTE LEGA-MAX 30 DIAS
	7	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA REPRESENTANTE LEGAL-MAX 30 DIAS
	8	RUT DE LA EMPRESA
	9	CAMARA Y COMERCIO DE LA EMPRESA ACTUALIZADA - MAX 30 DIAS
	10	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA DE LA EMPRESA-MAX 30 DIAS
	11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA DE LA EMPRESA-MAX 30 DIAS
	12	HOJA DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN LA FUNCION
	13	SOPORTES-ANTECEDENTES
	14	PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA
	15	BIENES Y RENTAS
	16	CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
	17	INEXISTENCIA DE PERSONAL
	18	CERTIFICAD DE IDONEIDAD
	19	VERIFICACION DE TITULOS
	20	CARTA DE ACEPTACION
	21	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD
	22	ACEPTACION DE MANEJO EN BASE DE DATOS

Responsable,

LUZ ANGELA GONZÁLEZ BELTRÁN
Profesional Especializado Área Salud
Unidad Funcional Quirúrgicos
Hospital Federico Lleras Acosta

Dra. MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: GF-FR-066
		Versión: 03
	FORMATO SOLICITUD CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	Vigente desde: 30/06/2023
		Página: 1 de 1

14.

Fecha: Ibagué, 14 OCT 2026

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Rubro Presupuestal: 2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01

Nombre Rubro Presupuestal: SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS

Valor: $157.500.000.00 ($45.000.000.00 Resolución Ministerio- $112.500.000.00 Recursos propios)

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

Contratar la prestación de servicios asistenciales especializados de Urología para garantizar el desarrollo oportuno de los procesos y procedimientos quirúrgicos requeridos por los usuarios del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E. El plazo de ejecución será de tres meses y quince días, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, y previo el cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución No. 001285 del 3 de julio de 2026, asigna recursos para "APOYO A PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA SALUD LEY 100 DE 1993", por valor de DIEZ MIL MILLONES DE PESOS ($10.000.000.000) M/CTE, de los cuales TRES MIL QUINIENTOS MILLONES ($3.500.000.000), deberán ser destinados para honorarios de contratistas personas naturales y jurídica, se apropiara con recursos de la mencionada resolución para el Especialista un valor de $45.000.000.00 y con recursos propios $112.500.000.00

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

LUZ ANGELA GONZALEZ BELTRAN
Profesional Especializado Unidad Funcional Quirúrgicos

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: Firma:

Fecha:

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

Inicio — Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Información general

Logo de la entidad

Nombre de la entidad LINCAGNA SAS

Nombre abreviado Proveedor

Fecha de creación 24/09/2020

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento NIT

Número de documento 802019791

Tipo Entidad Estatal / Proveedor Secretaría por acciones simplificada

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

País COLOMBIA

Ciudad Pasto

Municipio Nariño

Información de contacto

Dirección CALLE 24 BIS 1N

Código postal

Teléfono de oficina 3122617847

Fax de oficina

Correo electrónico de la oficina

Correo electrónico para notificaciones SECOP II

Dirección	Estado	Pais	Teléfono
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Página web

Página web

Facebook

URL Industria

URL de youtube

Twitter URL

Contacto principal

Título

Nombre

Cargo

Teléfono

Móvil 3122617847

Fax

Correo electrónico

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros)

Año fiscal	Ingresos	Activo	Número de empleados
2019	0	0	0

Ibagué, 14 OCT 2026

Doctora
MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
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 **Unidad Funcional Quirúrgicos**, requiere de un MEDICO UROLOGO y que es parte fundamental dentro de los procesos de atención hospitalaria 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 UROLOGO, 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 asistenciales especializados para el desarrollo de los procesos y procedimientos quirúrgicos que requieran Atención en **UROLOGIA,** para el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué 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; orientación al usuario, 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:

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

2. 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 artículos 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).

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

4. 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.

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

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

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

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

9. Que el valor total de la propuesta es la suma de CIENTO CINCUENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS y duración de TRES MESE Y QUINCE DIAS . **CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

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

11. Que, según la modalidad de contratación establecida, se propone la disponibilidad de manejo de cuadro de turnos, que permita suplir las necesidades de la E.S.E. para lo cual se pasara disponibilidad los últimos 5 días de cada mes.

Además, manifiesto:

12. 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,

CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ
CC 84.008.528 DE BARRANCAS LA GUAJIRA

17.

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

Ibagué, 14 OCT 2026

Señores
URONOVA SAS
Rep Legal Dr. Cesar Elias Palacios Hernandez
E. S. M.

Respetado Señores Uronova sas

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: Contratar la prestación de servicios asistenciales especializados para el desarrollo de los procesos y procedimientos quirúrgicos que requieran Atención en **UROLOGIA,** para el 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 Jurídica 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,

Dra. MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Palacios	Hernandez	Cesar Elias

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 84008528

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

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 80011630344 D.M. 14

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 16 MES 01 AÑO 1980

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: LA GUAJIRA

MUNICIPIO: BARRANCAS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 4 4 48 NORTE

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUÉ

TELÉFONO: 3022623697 EMAIL: cesarpalacios@hotmail.es

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	
POSTGRADO	8	X		ESPECIALIDAD DE UROLOGIA	03	2016	RM16215
PREGRADO	12	X		CIENCIAS DE LA SALUD- MEDICINA	04	2006	RM 16215

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD 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	02	*Mes*	03	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO - UROLOGO	*DEPENDENCIA* SERVICIOS HOSPITALARIOS Y QUIRURGICOS						*DIRECCIÓN* CALLE 33B null null CLL 33 4B-34					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD IDIME - INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3077171	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	12	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA UROLOGO	*DEPENDENCIA* C EXTERNA CIRUGIA PROGRAMADA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 null null N°13-38					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ?« SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA DEL TOLIMA Y/O CLINICA TOLIMA S.A.			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6082708000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA UROLOGO	*DEPENDENCIA* CIRUGIA, Y QUIRIFANO					*DIRECCIÓN* CARRERA 1 null null N° 12-22					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD UROLOGIA SUR COLOMBIANA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8748678	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO - UROLOGO	*DEPENDENCIA* CIRUGIA Y HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CALLE 11 null null N° 6-47					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN.FELIX -LA DORADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* LA DORADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8392000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA UROLOGO	*DEPENDENCIA* C EXTERNA URGS HOSPT CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 12 null null N°4-20					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 6082626262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	04	*Mes:*	08	*Año:* 2026	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CALLE 42 1 2 CALLE 42 N 1-02					

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	1	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 24-09-2026

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: URONOVA S.A.S

SIGLA:

NIT No. 902.078.793 - 1

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:

ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO: 04 (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:

CLASE: 16 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: HUILA

MUNICIPIO: NEIVA | DIRECCIÓN: CALLE 24 #40 - 108

TELÉFONOS: 3022623697 | FAX: | APARTADO AÉREO:

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 SERVICIO MEDICO ESPECIALIZADO EN UROLOGIA	2
3	4
5	6

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO:

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: PALACIOS | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): HERNANDEZ | NOMBRES: CESAR ELIAS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]

NÚMERO: 84.008.528

ACTÚA EN CARÁCTER DE: Representante Legal [ ] Apoderado [X]

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $ 100.000.000

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES:

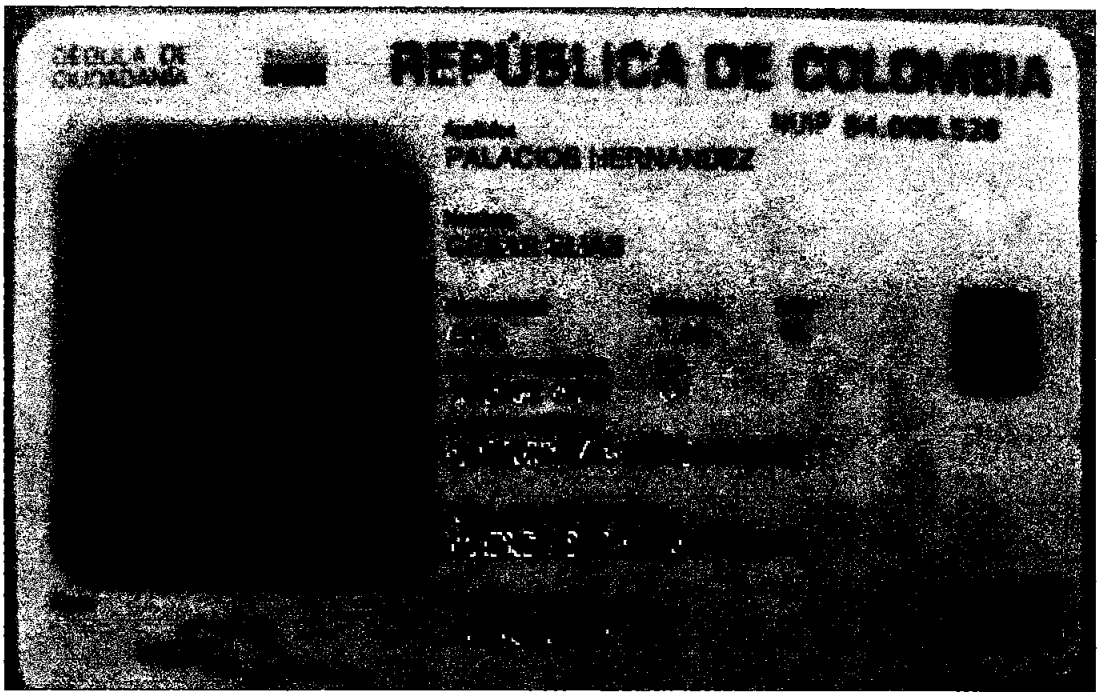
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA: _____ | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 24 de septiembre 2026

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE | CIUDAD Y FECHA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
PALACIOS HERNANDEZ



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141095699991

(415)7707212489984(8020) 000014109569999 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 4 0 0 8 5 2 8	9	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Barrancas 0 7 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PALACIOS	HERNANDEZ	CESAR	ELIAS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal
CL 24 40 108 TO 8 AP 803

42. Correo electrónico cesarpalacios@hotmail.es

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-08-04 / 10:28:11PM

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO DOCUMENTO

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 martes 22 de septiembre de 2026, a las 10:57:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	84008528
Código de Verificación	84008528260922105755

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. 302765710

PIB
10:11:07
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 11 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) CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 84008528:

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 Política 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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:03:25 AM horas del 22/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **84008528**

Apellidos y Nombres: **PALACIOS HERNANDEZ CESAR ELIAS**

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

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.aralc-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141280868895

(415)7707212489984(8020) 000014128086889 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 2 0 7 8 7 9 3	1	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
URONOVA SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal
CL 24 40 108

42. Correo electrónico URONOVA2026@GMAIL.COM

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-09-24 / 10:17:23AM

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 PALACIOS HERNANDEZ CESAR ELIAS

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO DOCUMENTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141280868895

(415)7707212489984(8020) 000014128086889 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 2 0 7 8 7 9 3	1	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número	1	
73. Fecha	2 0 2 6 0 6 2 2	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 2 6 0 6 2 3	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 4 3 1 1 7 3	
78. Departamento	4 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	

Vigencia

80. Desde	2 0 2 6 0 6 2 3	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141280868895

(415)7707212489984(8020) 000014128086889 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 2 0 7 8 7 9 3	1	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 6 0 6 2 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	8 4 0 0 8 5 2 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PALACIOS	HERNANDEZ	CESAR	ELIAS

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 6 0 6 2 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 3 3 7 2 8 3 6 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
EREZ	GONZALEZ	YOLI	FERNANDA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PODER ESPECIAL Y DELEGACIÓN DE FACULTADES

URONOVA S.A.S.
NIT. 902.079.793-1

Neiva, Huila 24 de septiembre 2026

Señores
A QUIEN INTERESE

Yo, Yoli Fernanda Pérez González, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.033.728.367, actuando en calidad de Representante Legal Principal de URONOVA S.A.S., identificada con NIT 902.078.793, por medio del presente documento manifiesto que OTORGO PODER Y DELEGO FACULTADES al señor Cesar Elías Palacios Hernández identificado con cédula de ciudadanía No. 84.008.528, quien ejerce el cargo de Representante Legal Suplente de la sociedad, para que, dentro del marco de la ley, los estatutos sociales y las facultades conferidas, pueda actuar en nombre y representación de la sociedad.

1. Representar a la sociedad ante personas naturales o jurídicas, entidades públicas y privadas, autoridades administrativas y demás terceros, cuando sea necesario para el desarrollo del objeto social.

2. Suscribir, celebrar, ejecutar, modificar, prorrogar y terminar contratos, convenios, acuerdos, órdenes de servicio, propuestas comerciales, cotizaciones y demás documentos relacionados con las actividades y el objeto social de la empresa.

3. Desarrollar y ejecutar actividades comerciales y administrativas propias del objeto social de la compañía, incluyendo la gestión y negociación con clientes, proveedores, contratistas y demás terceros.

4. Firmar documentos y comunicaciones en nombre de la sociedad, incluyendo ofertas comerciales, contratos, actas, certificaciones, solicitudes, autorizaciones, comunicaciones y demás documentos necesarios para el normal funcionamiento de la empresa.

5. Participar en procesos de contratación pública y privada, presentar propuestas, cotizaciones y ofertas, suscribir documentos relacionados con dichos procesos y adelantar las actuaciones necesarias para la participación y ejecución de los contratos que sean adjudicados a la sociedad.

6. Representar a la sociedad ante entidades públicas y privadas, incluyendo, entre otras, Cámaras de Comercio, DIAN, entidades territoriales, entidades de seguridad social, autoridades administrativas, entidades financieras, clientes, proveedores y contratistas.

7. Realizar trámites administrativos, comerciales y empresariales necesarios para el funcionamiento y desarrollo de las actividades de la sociedad, pudiendo presentar y recibir documentos, solicitudes, certificaciones y comunicaciones.

8. Suscribir documentos relacionados con la ejecución de contratos, incluyendo actas de inicio, suspensión, reinicio, modificación, terminación, liquidación, recibo y demás documentos derivados de las relaciones contractuales de la sociedad.

9. Negociar y acordar condiciones comerciales con clientes, proveedores y terceros, siempre dentro de las facultades legales, estatutarias y presupuestales de la sociedad.

10. En general, ejecutar todos los actos y realizar todas las gestiones necesarias o convenientes para el desarrollo del objeto social y el adecuado funcionamiento de la sociedad, siempre que se encuentren dentro de las facultades conferidas por la ley y los estatutos sociales.

La presente delegación se otorga sin perjuicio de las facultades que corresponden al Representante Legal Principal y tendrá vigencia mientras el señor Cesar Elías Palacios Hernández conserve la calidad de Representante Legal Suplente de la sociedad, salvo que sea revocada expresamente por escrito.

El presente documento se expide para los fines pertinentes y para que el Representante Legal Suplente pueda acreditar ante terceros las facultades aquí conferidas.

En constancia, se firma en Neiva Huila, a los 24 días del mes de septiembre de 2026.

Firma:
Yoli Fernanda Pérez González
C.C. No. 1.033.728.367
Representante Legal Principal

Yo, Cesar Elías Palacios Hernández, identificado con cédula de ciudadanía No. 84.008.528, manifiesto que acepto las facultades conferidas mediante el presente documento y me comprometo a ejercerlas conforme a la ley, los estatutos sociales y las instrucciones impartidas por la sociedad.

Firma:

Cesar Elías Palacios Hernández
C.C. No. 84.008.528
Representante Legal Suplente

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

COD 140159

En la ciudad de Neiva, Departamento de Huila, República de Colombia, el veinticuatro (24) de septiembre de dos mil veintiseis (2026), en la Notaría cuarta (4) del Círculo de Neiva, compareció: YOLI FERNANDA PEREZ GONZALEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1033728367 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

140159-1



e79a17f9ca
24/09/2026 15:07:36

-------- Firma autógrafa --------

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
María Andrea Coy Ortiz
NOTARIA CUARTA (4) DEL CÍRCULO DE NEIVA

MARIA ANDREA COY ORTIZ
Notaria (4) del Círculo de Neiva , Departamento de Huila - Encargada
Consulte este documento en https://notariid.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: e79a17f9ca, 24/09/2026 15:07:46

NOTARIA CUARTA DEL CIRCULO DE NEIVA
ESTA AUTENTICACIÓN BIOMÉTRICA SE HACE POR INSISTENCIA DEL USUARIO Y EL COBRO CORRESPONDIENTE, SEGÚN RESOLUCIÓN SNR.

Cámara de Comercio del Huila

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/09/2026 - 17:45:27
Recibo No. S001984318, Valor 12100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN RvK6yDVqy5

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/23 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón Social : URONOVA SAS
Nit : 902078793-1
Domicilio: Neiva, Huila

MATRÍCULA

Matrícula No: 431173
Fecha de matrícula: 23 de junio de 2026
Grupo NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CL 24 40 108
Barrio : BUGANVILES
Municipio : Neiva, Huila
Correo electrónico : uronova2026@gmail.com
Teléfono comercial 1 : 3174157715
Teléfono comercial 2 : 3022623697
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CL 24 40 108
Barrio : BUGANVILES
Municipio : Neiva, Huila
Correo electrónico de notificación : uronova2026@gmail.com
Teléfono para notificación 1 : 3174157715
Teléfono para notificación 2 : 3022623697

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por documento privado del 22 de junio de 2026 de la Asamblea Constitutiva de Neiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 23 de junio de 2026, con el No. 83208 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada URONOVA SAS.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá por objeto principal la prestación de servicios de salud, medicina

especializada, consulta médica, procedimientos médicos, diagnóstico, tratamiento, promoción, prevención y rehabilitación de la salud humana, directamente o mediante la contratación de profesionales de la salud debidamente habilitados. Así mismo, podrá prestar servicios de asesoría, consultoría, capacitación, investigación, educación continuada y auditoría en áreas relacionadas con la salud y ciencias médicas. La sociedad podrá celebrar toda clase de contratos con personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras; participar en licitaciones, convocatorias y procesos de contratación; adquirir, arrendar, administrar, gravar y enajenar bienes muebles e inmuebles; importar, exportar, comercializar, distribuir y suministrar equipos, dispositivos médicos, insumos y demás productos relacionados con su actividad. Igualmente podrá constituir, participar o adquirir acciones, cuotas o partes de interés en otras sociedades, consorcios, uniones temporales o cualquier otra forma asociativa permitida por la ley. En desarrollo de su objeto social, la sociedad podrá realizar todos los actos, operaciones comerciales, financieras, civiles y administrativas que sean necesarias o convenientes para el cumplimiento de su objeto principal.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	$ 10.000.000,00
No. Acciones	10.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	$ 10.000.000,00
No. Acciones	10.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	$ 10.000.000,00
No. Acciones	10.000,00
Valor Nominal Acciones	$ 1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la sociedad por acciones simplificada estará a cargo de una persona natural o jurídica, accionista o no, quien podrá tener suplentes, designado para un término de un año por la asamblea general de accionistas.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

La sociedad será administrada y representada legalmente por el representante legal, quien no tendrá restricciones de contratación por razón de la naturaleza ni de la cuantía de los actos que celebre.

NOMBRAMIENTOS

Cámara de Comercio del Huila

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/09/2026 - 17:45:27
Recibo No. S001984318, Valor 12100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN RvK6yDVqy5

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/23 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

REPRESENTANTES LEGALES

Por documento privado del 22 de junio de 2026 de la Asamblea Constitutiva, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 23 de junio de 2026 con el No. 83208 del libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	YOLI FERNANDA PEREZ GONZALEZ	C.C. No. 1.033.728.367
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE	CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ	C.C. No. 84.008.528

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: Q8621
Actividad secundaria Código CIIU: No reportó
Otras actividades Código CIIU: No reportó

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $0,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8621.

Cámara de Comercio del Huila

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha expedición: 23/09/2026 - 17:45:27
Recibo No. S001984318, Valor 12100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN RvK6yDVqy5

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/23 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA - REPORTE A ENTIDADES

A. Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES. b. Se realizó la inscripción de la empresa y/o establecimiento en el Registro de Identificación Tributaria (RIT).

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

Yira Marcela Chilatra Sánchez
Secretaria Jurídica

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

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 23 de septiembre de 2026, a las 12:38:05, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	9020787931
Código de Verificación	902078793126092312380 5

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. 303572406

LOB
09:20:32
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de septiembre del 2028

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona URONOVA SAS identificado(a) con NIT número 9020707931:

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 publicarán 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 derivan 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 Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria registradas 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.

URONOVA S.A.S.

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

El suscrito César Elías Palacios Hernández, identificado con cédula de ciudadanía No. 84.008.528, en calidad de Representante Legal de URONOVA S.A.S., certifica que ha realizado oportunamente los pagos correspondientes a los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, a través de la plataforma ASOPAGOS, mediante las siguientes planillas:

PERÍODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO
MARZO	36684917	2026-04-15
ABRIL	37092751	2026-07-21
MAYO	38093656	2026-07-21
JUNIO	38094480	2026-07-21
JULIO	38401293	2026-08-19
AGOSTO	38793089	2026-09-25

Los pagos relacionados corresponden a los aportes de salud, pensión y riesgos laborales, según las obligaciones aplicables al representante legal.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, para los fines que estime pertinentes.

En constancia, se firma a los 25 días del mes de días de 2026.

CÉSAR ELÍAS PALACIOS HERNÁNDEZ
C.C. 84.008.528
Representante Legal
URONOVA S.A.S.

OSCAR FERNANDO PRIETO
Contador Público
C.C. 80.759.526
T.P. 175060

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.759.526**

PRIETO ORJUELA

APELLIDOS

OSCAR FERNANDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-DIC-1983**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.85 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-ENE-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00674775-M-0080759526-20150304 0043375706A 2 1233197947

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

175060-T



OSCAR FERNANDO
PRIETO ORJUELA
C.C. 80759826
RESOLUCION INSCRIPCION 037
UNIVERSIDAD CUN

FECHA 06/02/2013

VICEPRESIDENTE

CARLOS ARTURO BERNAL CHAPARRO 186504

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
Hospital Federico Lleras Acosta

Que el contador público **OSCAR FERNANDO PRIETO ORJUELA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 80759526 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 175060-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****
****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 23 días del mes de Septiembre de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

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	2026-09-24 12:29

Razón social

URONOVA SAS

NIT

902078793 DV 1

Lugar de ubicación

País COLOMBIA Departamento HUILA Municipio NEIVA

Clase de entidad

Sociedad comercial e instituciones financieras

Si es otra, cual?

Actúa en carácter de Representante Legal Sí [ ] No [X]

Servicios de la entidad:

ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION

Nombres y apellidos completos del representante legal

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CESAR	ELIAS	PALACIOS	HERNANDEZ

Documento de identificación del representante legal

Tipo CEDULA DE CIUDADANIA Número 84008528

Lugar de nacimiento del representante legal

País COLOMBIA Departamento LA GUAJIRA Municipio BARRANCAS

Lugar de domicilio del representante legal

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"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, A CONTINUACIÓN RELACIONO LOS BIENES Y RENTAS DEL ÚLTIMO AÑO GRAVABLE DE URONOVA SAS.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuvo URONOVA SAS en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Ingresos por la actividad ordinaria - operacionales	
Ingresos no operacionales	
Otros	
TOTAL	$0,00

Las cuentas bancarias de URONOVA SAS 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	$0,00

Los bienes patrimoniales de URONOVA SAS son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Las acreencias y obligaciones vigentes de URONOVA SAS a la fecha son:

Concepto	Saldo

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

A continuación, procedo a publicar y divulgar proactivamente la información que, en mi calidad de representante legal de URONOVA SAS, es susceptible de generar un posible conflicto de interés a esta persona jurídica, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2013 de 2019 y conforme con lo señalado en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011.

2.1. POSIBLES CONFLICTOS POR RELACIONES QUE TIENEN LA PERSONA JURÍDICA O EL REPRESENTANTE LEGAL.

¿Es usted representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual URONOVA SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque usted es representante, apoderado, dependiente, mandatario o administrador de los negocios de algún servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual URONOVA SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿La persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual URONOVA SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque la persona jurídica que usted representa tiene litigio o controversia ante autoridades administrativas, jurisdiccionales o denuncias penales con la entidad con la cual URONOVA SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

¿Existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas, realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual URONOVA SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos?

Sí [ ] No [X]

Descripción del posible conflicto de interés porque existe enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre usted y el servidor público que adelanta o sustancia actuaciones administrativas; realiza investigaciones, practica pruebas o pronuncia decisiones definitivas de la entidad con la cual URONOVA SAS celebra(rá) contratos o para la cual administra(rá) o ejecuta(rá) bienes o recursos públicos:

2.2. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

¿URONOVA SAS realizó donaciones?

Sí [ ] No [X]

Las donaciones realizadas por URONOVA SAS que le representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hizo esas donaciones son:

Nombre entidad	Valor

2.3. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

URONOVA SAS, o yo, en mi calidad de su representante legal, tenemos otro(s) potencial(es) conflicto(s) 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 son:

Quirurgicos OPS

40

Federico Lleras Acosta ESE HOSPITAL DE TODOS	GESTION ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-105
		VERSIÓN: 3
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURIDICA	VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGINA 1 DE 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD:
	24	09	2026	IBAGUE

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

RAZON O DENOMINACION SOCIAL	NIT
URONOVA SAS	902078793-1

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
PALACIOS	HERNANDEZ	CESAR ELIAS

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

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 84.008.528

SEXO: F [ ] X [X]

FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	
19	01	1998	BARRANCAS	16	01	1980	BARRANCAS

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
COLOMBIANO	

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
CRA 4 N 48-08 APT 702	TOLIMA	IBAGUE
CORREO ELECTRONICO	**TELEFONO FIJO**	**CELULAR**
cesarpalacios@hotmail.es		3022623697

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?

TIPO DE EMPRESA PUBLICA [ ] PRIVADA [X] MIXTA [ ] SIN ANIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ]

¿Cúal?

ACTIVIDAD ECONOMICA INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] CONSTRUCCION [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] AGRICOLA [ ] TRANSPORTE [X] CIVIL [ ]

DATOS OFICINA PRINCIPAL		DATOS SUCURSAL O AGENCIA	
DIRECCION	calle 24 N 40-108	DIRECCION	
DEPARTAMENTO	HUILA	DEPARTAMENTO	
CIUDAD	NEIVA	CIUDAD	
CORREO ELECTRONICO	URONOVA2026GMAIL.COM	CORREO ELECTRONICO	
TELEFONO	3174157716	TELEFONO	

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN):

1) Por favor relacione los socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, aporte o participación.

2) Si el accionista o socio es una Persona Jurídica, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección BENEFICIARIOS FINALES (En caso de requerir mas espacio anexe Certificado de Composición Accionaria).

No.	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	1. Administra recursos públicos	2. Ejerce algun grado de poder	3. Goza de Reconocimiento Público	4. obligacion Declaración Tributaria Indique Pais	% PARTICIPACIÓN
1	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]	840085289	CESAR PLACIOS	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	COLOMBIA	50
2	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]	1033728367	YOLI FERNANDA PEREZ	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	COLOMBIA	50
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		

CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extrangeria, TI :Tarjeta de Identidad, NIT: Número de Identificación Tributaria

Grupo SARLAFT
25/9/2026
2:40 pm

Federico Lleras Acosta EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-105
		VERSIÓN: 3
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURIDICA	VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGÍNA 2 DE 2

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ ENVIO Y/O RECEPCIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PAGO DE SERVICIOS ☐

IMPORTACIONES ☐ PRESTAMOS ☐ 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.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Copia del documento de identidad del representante legal

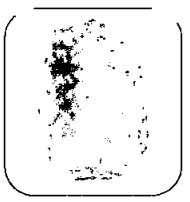
2 Copia de representacion legal - Certificado de camara y comercio detallado

3 Copia del RUT detallado

4 Estados financieros de la persona juridica de la ultima vigencia.

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	
	28	09	2016		3:51 PM

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

OBSERVACIÓN: Las Personas Relacionadas en el Formato y sus Anexos NO REPORTAN RESTRICCIONES en las Listas Consultadas por SARLAFT/PADM

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO
Carlos E. Hernandez R	Profesional Cumplimiento

Revisado por: Sebastian Vasquez T.

Federico
Lleras Acosta
Nit: 890706833-2

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE GESTIÓN 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.

CERTIFICA

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 necesario para prestar los servicios de **Urología**

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 _____

Ing. 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

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS 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 juridica que preste el servicio de UROLOGIA; 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 URONOVA SAS identificado con el Nit N. 902,078,793-1, (Dr. Cesar Elias Palacios León c.c. 84,008,528) 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, URONOVA SAS identificado con el Nit N. 902,078,793-1, (Dr. Cesar Elias Palacios León c.c. 84,008,528) , se encuentra apta para Contratar la prestación de servicios asistenciales especializados de UROLOGIA para garantizar el desarrollo oportuno de los procesos y procedimientos quirúrgicos requeridos por los usuarios del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué 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	URONOVA SAS		
TITULO PROFESIONAL	MEDICO GENERAL		
FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS	4/08/2006	**No. TARJETA PROFESIONAL**	84008528
		FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL	4/08/2006
POSTGRADO	ESPECIALIDAD - UROLOGIA 19-03-2020		
	SUB-ESPECIALIDAD:		
PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD	Título universitario médico cirujano, Especialista en UROLOGIA Experiencia Un año de experiencia en la especialidad de UROLOGIA		

EXPERIENCIA ACREDITADA

EMPRESA O ENTIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	TIEMPO LABORADO O EJECUTADO
CLINICA TOLIMA	1/12/2021	30/04/2025	3 AÑOS Y 5 MESES
TIEMPO TOTAL CERTIFICADO			3 AÑOS Y 5 MESES

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

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	X	
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 CIRUDENTS MAXILOFACIAL SAS identificado con el Nit N. 901,688,048-4, (Dr. Leonardo Castellanos León c.c. 79,534,693), 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 asistenciales especializados de UROLOGIA para garantizar el desarrollo oportuno de los procesos y procedimientos quirúrgicos requeridos por los usuarios del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E.S.E.

FECHA DE VALIDACION HOJA DE VIDA	1/10/2026
Dado en Ibagué a los	

NOMBRE: LUZ ANGELA GONZALEZ BELTRÁN
CARGO : Profesional Especializado Unidad Funcional Quirurgicos

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

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

RECEPTOR:

PROVEEDOR [ ] CONTRATISTA DE SERVICIOS [**X**] 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: 22-09-2026 Ciudad: IBAGUE

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: CESAR PALACIOS HERNANDEZ

No. C.C : 84.008.528 DE BARRANCAS LA GUAJIRA

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

45

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: CESAR PALACIOS HERNANDEZ 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 Hospital 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 IBAGUE a los (22) VEITIDOS días del mes de SEPTIEMBRE del Año 2026 .

Firma: _____

Nombre: CESAR PALACIOS HERNANDEZ

C.C No: 84.008.528 **de:** BARRANCAS

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 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**	**X** Proveedores y Contratistas
___ Veedor	___ Empleado o Exempleado		Otro. ¿Cual? _____

[redacted]

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. Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por la institución.
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.

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

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Anual___

Al momento de la vinculación_X____

Yo, CESAR PALACIOS HERNANDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía N.°84,008,528 de BARRANAS , 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__X___
Responsable de la pagaduría_____
Responsable de la tesorería_____
Otro ____ ¿Cuál?_____

en el cargo específico o contrato:REPRESENTANTE LEGAL en la siguiente dependencia o área de trabajo:_REPRESENTANTE LEGAL

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:

o Que es mi interés atender la política de integridad y cumplir con los valores del servicio público del código de integridad.
o 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.
o 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.
o 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: URONOVA S.A.S
Tipo de participación: REPRESNTANTE LEGAL
Fechas de ingreso y salida: 22-06-2026
Compromiso vigente de confidencialidad: SI

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:_____
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):_____

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:
Firma del (la) declarante: CESAR PALACIOS HERNANDEZ
Cédula de ciudadanía N.° 84.008.528 de CBARRANCAS
Fecha: 22-09-2026

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.

47

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101032021	0

TOMADOR **CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ** CC **84.008.528**

DIRECCION **CL 24 NRO. 40 - 108** CIUDAD **NEIVA, HUILA** TELEFONO **3022623697**

ASEGURADO **CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ** CC **84.008.528**

DIRECCION **CL 24 NRO. 40 - 108** CIUDAD **NEIVA, HUILA** TELEFONO **3022623697**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
09 / 02 / 2026	06 / 02 / 2026	06 / 02 / 2027	06 / 02 / 2026	06 / 02 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
MORSE AGENCIA DE SEGUROS LIMITADA	62910	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: UROLOGO

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 500,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 500,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 100,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******500,000,000.00	PRIMA:	$ **********514,824.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********97,816.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********612,640.00

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005141243333(3900)000000612640(96)20260323

REFERENCIA PAGO:

1100514124333-3

21-03-101032021.

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

PAULAFAJARDO

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT: 860.009.578-6.

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101032021	0

TOMADOR	CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ			CC	84.008.528
DIRECCION	CL 24 NRO. 40 - 108	CIUDAD	NEIVA, HUILA	TELEFONO	3022623697
ASEGURADO	CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ			CC	84.008.528
DIRECCION	CL 24 NRO. 40 - 108	CIUDAD	NEIVA, HUILA	TELEFONO	3022623697
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

DETALLE DE CUOTAS

NO DE CUOTA	FEC VENCIMIENTO	PRIMA NETA	IVA	TOTAL A PAGAR
1	09/02/2026	514,824.00	97,816.56	612,640.56

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 84008528 **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 22/09/2026 11:43 AM

Código Verificación: **QA7STYEZ3J**

Válida hasta: **22/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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
Palacios	Hernandez	Cesar Elias

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 84008528	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 80011630344 D.M. 14

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 16 MES 01 AÑO 1980	CARRERA 4 4 48 NORTE			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	TOLIMA
DEPTO	LA GUAJIRA	MUNICIPIO	IBAGUÉ		
MUNICIPIO	BARRANCAS	TELÉFONO	3022623697	EMAIL	cesarpalacios@hotmail.es

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	
POSTGRADO	8	X		ESPECIALIDAD DE UROLOGIA	03	2016	RM16215
PREGRADO	12	X		CIENCIAS DE LA SALUD- MEDICINA	04	2006	RM 16215

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD 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	02	*Mes*	03	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO - UROLOGO	*DEPENDENCIA* SERVICIOS HOSPITALARIOS Y QUIRURGICOS						*DIRECCIÓN* CALLE 33B null null CLL 33 4B-34					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD IDIME - INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3077171	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	12	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA UROLOGO	*DEPENDENCIA* C EXTERNA CIRUGIA PROGRAMADA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 null null N°13-38					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ?« SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA DEL TOLIMA Y/O CLINICA TOLIMA S.A.			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6082708000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA UROLOGO	*DEPENDENCIA* CIRUGIA, Y QUIRIFANO					*DIRECCIÓN* CARRERA 1 null null N° 12-22					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD UROLOGIA SUR COLOMBIANA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8748678	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO - UROLOGO	*DEPENDENCIA* CIRUGIA Y HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CALLE 11 null null N° 6-47					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN FELIX -LA DORADA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* LA DORADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8392000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA UROLOGO	*DEPENDENCIA* C EXTERNA URGS HOSPT CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 12 null null N°4-20					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 6082626262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	04	*Mes:*	08	*Año:* 2026	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CALLE 42 1 2 CALLE 42 N 1-02					

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	1	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 24-09-2026

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

LA REPUBLICA DEL ECUADOR

Y EN SU NOMBRE Y POR AUTORIDAD DE LA LEY,

La Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de Guayaquil

HACE NOTORIO: Que el Bachiller

CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ

ha cumplido con los requisitos previstos en la Ley y en el Reglamento interno en vigencia, por lo que le otorga el TITULO de

MEDICO

En tal virtud, las autoridades y la ciudadania le guardarán los fueros y privilegios que le corresponden.

Dado y firmado por los señores Decano, Director de Escuela y Secretario de la Facultad, en la ciudad de Guayaquil, a los cuatro dias del mes de agosto del dos mil seis.

Rectorado de la Universidad de Guayaquil.
Refrendado a folio No. 2-39-336 del libro respectivo
Guayaquil, 27 de septiembre del 2006

DR. CARLOS CEDEÑO NAVARRETE, M.Sc.
Rector

ING. ROBERTO IDROVO BAQUERIZO
Secretario General

DECANO

MENDOZA

DE ALTE[illegible] RIO

AB. WILFRIDO [illegible]
Secretario

r 54

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 6098

(- 8 OCT. 2007

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 4075 de 2006 y las Resoluciones No. 2763 del 13 de noviembre de 2003 y No. 1573 del 30 de marzo de 2007,

CONSIDERANDO:

Que CÉSAR ELÍAS PALACIOS HERNÁNDEZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.84.008.528, presentó para su convalidación el título de MÉDICO, otorgado el 4 de agosto de 2006 por LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, Ecuador, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2007ER56672-27292/07,

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 4075 de 2006, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3° de la Resolución 5547 del 1° de diciembre de 2005, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Caso Similar*, el cual establece que *"Cuando el título que se someta a convalidación, corresponda a un programa académico que hubiera sido evaluado con anterioridad por el Ministerio de Educación Nacional o el ICFES, se resolverá aplicando la misma decisión que en el caso que sirve como referencia. Para tal efecto, deberá tratarse del mismo programa académico, ofrecido por la misma institución y con una diferencia entre las fechas de otorgamiento de los dos títulos que no podrá exceder los ocho (8) años."*

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo, el Ministerio de Educación Nacional, mediante resolución No. 4566 del 11 de octubre de 2005, convalidó un título otorgado el 18 de julio de 2003, por la misma universidad y correspondiente al mismo programa académico, previa evaluación de la ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MÉDICO, otorgado el 4 de agosto de 2006 por LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, Ecuador, a CÉSAR ELÍAS PALACIOS HERNÁNDEZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No.84.008.528, como equivalente al título de MÉDICO, que otorgan las Instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los - 8 OCT. 2007

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR.

MARITZA ORDÓÑEZ RANGEL

Proyectó y elaboró:

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

11 OCT 2010

El Secretario General de la Universidad de Cuenca, CERTIFICA que las firmas y sellos que constan en el anverso de este título de MAESTRÍA EN GERENCIA EDUCATIVA, concedido a los graduados que en esa fecha desempeñaban cargos [illegible] de la Universidad de Cuenca, son las firmas y sellos que usaban en la correspondencia oficial.

Cuenca, 11 de septiembre del 2007

Mgs. [illegible]

Resolución RCP-S04-N°010-07
25/Enero/07
Derecho Reconocimiento de título
en Título $15.00 USD
CONESUP

80782246

MRE
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
COMERCIO E INTEGRACIÓN

Ecuador

OFICINA DEL CONSEJO
NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
SECRETARÍA TÉCNICA
REGISTRO DE TÍTULOS

REPÚBLICA ARGENTINA

COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DISTRITO II

Se autoriza al Dr. **Palacios Hernandez Cesar Elias**

Matrícula provincial 230.974 a utilizar el título de Especialista en

Urologia , en razón de haber acreditado los requisitos exigidos

en el Reglamento de Especialidades del Decreto - Ley 5413/58. Con Validez hasta Marzo de 2025

Distrito II Avellaneda, Marzo 19 de 2020

Dr. Roberto Lanza
SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

FIRMA DEL INTERESADO

Dr. Salvador Lo Grasso
PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

53.

COLEGIO DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
CONSEJO SUPERIOR

----------Se deja expresa constancia que las firmas que anteceden corresponden a los Dres. SALVADOR LO GRASSO - ROBERTO J. LANZA - PRESIDENTE Y SECRETARIO RESPECTIVAMENTE ----------

del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires – Distrito. II., en la fecha de su expedición.----------

COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
CONSEJO SUPERIOR.

LA PLATA, 28 OCT 2020

Dr. RUBÉN HORACIO TUCCI
Presidente

Calle 8 Nro. 486 • Tel/Fax: (0221)483 9210 / 423 2612 • e mail: supmed@gmail.com.ar • 1900 La Plata

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No.

004843 19 MAR 2021

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 017562 del 31 de diciembre de 2019

CONSIDERANDO

Que CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 84008528, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN UROLOGÍA, otorgado el 12 de noviembre de 2020, por el MINISTERIO DE SALUD, ARGENTINA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2021-EE-009251.

Que mediante Resolución número 6098 del 8 de octubre de 2007, este Ministerio convalidó el título de MÉDICO CIRUJANO, otorgado el 4 de agosto de 2006, por la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, ECUADOR, como equivalente al título de MÉDICO.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 24°, parágrafo 4. de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: "La solicitud de convalidación de títulos de pregrado y posgrado del área de la salud se surtirá exclusivamente bajo el criterio de evaluación académica...".

Que en virtud de los artículos 17 y 18 de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de Evaluación Académica. En el referido precepto normativo se lee lo siguiente: "Criterio aplicable al proceso de convalidación, mediante el cual la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES o el órgano evaluador que el Ministerio de Educación Nacional designe para el efecto, estudia, valora y emite un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permita o niegue la convalidación del título." (...) "El presente criterio tiene como finalidad, estudiar, valorar y emitir un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permitan o nieguen la convalidación del título, a través de un análisis técnico integral, en el que se evalúan aspectos como: i) contenidos, ii) carga horaria del programa académico, iii) duración de los periodos académicos, y iv) modalidad. (...)

Continuación de la Resolución por la cual se resuelve la solicitud de convalidación de CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ

SNIES o el que haga sus veces; iv) aclarar evaluaciones académicas, anteriores o presentes, que sean contrarias respecto de títulos con la misma denominación; o, v) establecer la existencia de diferencias o similitudes entre títulos obtenidos por un mismo solicitante, en virtud de programas que otorguen doble titulación del mismo nivel de formación."

Que el dia 26 de febrero de 2021 los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es reconocido como ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN UROLOGÍA, otorgado el 12 de noviembre de 2020, por el MINISTERIO DE SALUD, ARGENTINA, a CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 84008528, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN UROLOGÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO. - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

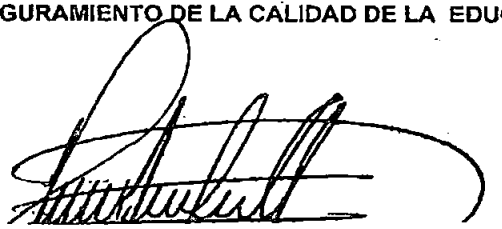
ARTÍCULO SEGUNDO. - La convalidación a cargo del Ministerio de Educación Nacional y la autorización para el ejercicio profesional a cargo de los Colegios o Agremiaciones Profesionales corresponden a trámites de diferente naturaleza, el primero, orientado al reconocimiento de efectos académicos de un título de educación superior conferido en el exterior y el segundo, referido a la inscripción del profesional en los registros públicos mediante los cuales se le habilita para su ejercicio profesional, en consecuencia, la decisión de convalidar un título no conlleva la autorización para el ejercicio profesional.

ARTÍCULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C.

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR



Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Cesar Elias Palacios Hernandez

CC: 84008528

En el Curso de: **CUIDADO DEL DONANTE Y GESTION DE LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS**

Para: **Urologo**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico – Práctico. **Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2** mátricula mercantil N°. 722.315. **Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019, Resolución 0156 del 2021

Realizado el **5** del mes de **febrero** del **2025** con una intensidad de **48 Horas.** Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Directora Académica.
JOHANNA PAOLA MARTINEZ TAPIA

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**
Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Cesar Elias Palacios Hernandez.

CC 84008528 de Barrancas, Guajira

Realizó y aprobó el Diplomado Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2026-06-26
Fecha de vencimiento: 2028-06-26

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO ORANGO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Cesar Elias Palacios Hernandez

CC 84008528 de Barrancas - Guajira

Realizó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019

con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-31

Fecha de vencimiento: 2028-07-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

57

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Cesar Elias Palacios Hernandez

CC 84008528 de Barrancas - Guajira

Realizó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Resolución 3100 de 2019
con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-28

Fecha de vencimiento: 2028-07-28

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CLINICA TOLIMA	FORMATO	SI-GD-FR- 001
		VERSION:1
	COMUNICACIONES	FECHA: ENERO DE 2020
		PAGINA: 1 de 1

Ibagué, 24 de septiembre de 2026

LA GERENTE DE LA SOCIEDAD MEDICO QUIRÚRGICA DEL TOLIMA SOCIEDAD ANÓNIMA Y/O CLÍNICA TOLIMA S.A.

HACE CONSTAR:

Que, **CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ,** identificado con cédula de ciudadanía No 84.008.528 de Barrancas, ejecuta contrato civil de prestación de servicios médicos profesionales, que involucran la atención médica especializada en el área de **UROLOGÍA**, como personal natural desde diciembre de 2021 hasta julio de 2022, desde el mes de agosto de 2022, hasta abril de 2025 a través de **CP UROLOGIA S.A.S** y desde mayo de 2025 hasta la fecha a través de **IPS URO MAX S.A.S,** tiempo en el cual ha demostrado responsabilidad, honestidad y cumplimiento en el desarrollo del objeto contractual.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

DIANA PATRICIA BUENAVENTURA JIMÉNEZ
Gerente
Clínica Tolima S.A.

Fecha de Elaboración: 24/09/2026
Elaborado por: Juan Esteban Mesa Peña

Scanned with CamScanner

Hospital Federico Leras Acosta Empresa Social del Estado	Federico Lleras Acosta Nit. 890.706.833-9

LA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ

CERTIFICA

Que una vez revisados los registros de contratos en el sistema de información de la Oficina de Contratación, y del SECOP II, se pudo constatar que el Hospital Federico Lleras de Ibagué suscribió el siguiente contrato:

Contrato de Prestación de Servicios No.	2026-0305
Fecha	03 DE MARZO DE 2026
Contratista	CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ
Identificación	84.008.528 DE BARRANCAS LA GUAJIRA
Contratante	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E
Objeto	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS DE UROLOGIA PARA GARANTIZAR EL DESARROLLO OPORTUNO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR LOS USUARIOS DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E.
Plazo de Ejecución	CUATRO (04) MESES A PARTIR DEL 07 DE MARZO DE 2026, HASTA EL 06 DE JULIO DE 2026.
Adición en Tiempo 001	DOS (02) MESES A PARTIR DEL 07 DE JULIO DE 2026, HASTA EL 06 DE SEPTIEMBRE DE 2026.
Valor Contrato	CIENTO VEINTIDÓS MILLONES QUINIENTOS MIL ($122.500.000).
Adición en Valor 001	SESENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($61.250.000).
Estado del Contrato	VIGENTE.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dada en Ibagué el 02 de Septiembre de 2026.

MARZIA JULIETH BARBOSA GÓMEZ

Calle 33ª 4-A 50 Tel. 2651903 Web Site: www.hflleras.gov.co
E-mail. notificacion.juridica@hflleras.gov Gerencia

Elaboro/
Ximena Arias

idime

61

Bogotá, 28 de enero de 2026

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

IDIME S.A.

NIT: 800.065.396-2

CERTIFICA QUE:

El Doctor **CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ** con cédula de ciudadanía N. °84.008.528, tiene un contrato de Prestación de Servicios Profesionales como Médico Especialista en Urología, celebrado con nuestra institución desde el 02 de diciembre de 2021 hasta la fecha, con unos honorarios pagados en promedio de los últimos tres meses de **TRES MILLONES TREINTA MIL PESOS M/CTE ($3.030.000).**

Se expide esta certificación a solicitud del **INTERESADO.**

Cordialmente,

LIDA YAMILE GONZALEZ BOLIVAR
Gerente General

Proyectó: Ingrid Álvarez
Revisó y aprobó: Maximiliano Bustacara
Revisó y aprobó: Asesor Jurídico
Revisó y aprobó: Dr. James Molina

La validez de este certificado está condicionado a su verificación mediante correo cuentas.medicas@idime.com.co

Hospital San Félix
E.S.E. LA DORADA - CALDAS
Construyendo salud para nuestra región.

EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA EL ÁREA ADMINISTRATIVA DE LA ESE HOSPITAL SAN FÉLIX

HACE CONSTAR

Que el señor, **CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ** identificado con cedula de ciudadanía número No. **84,008,528** expedida en la ciudad de La Barrancas, se encuentran vinculada CONTRACTUAL con la ESE HOSPITAL SAN FÉLIX DE LA DORADA CALDAS como PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN UROLOGIA, desde el 03 de febrero del 2025 hasta el 30 de noviembre del 2025, ejecutados bajo su autonomía e independencia.

Dada en la Dorada, Caldas, a los (30) días del mes de enero de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente,

ANTONIO MARIA GOMEZ BETANCUR
Profesional Especializado del área administrativa
E.S.E. HOSPITAL SAN FÉLIX

Proyecto: Lucia Hernández

UROLOGÍA
NTT: 901.142.069-5

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA:

Que el Doctor **CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía 84.008.528 expedida en Barranca (Guajira), prestó de forma independiente los servicios médicos especializados en Urología, a la Clínica Medilaser SAS, por intermedio de la sociedad que represento.

Que de acuerdo con la facturación electrónica por él generada, durante el último semestre del año 2025, obtuvo unos ingresos de TREINTA Y SIETE MILLONES OCHOCIETOS VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS ($ 37.829.883, oo) M/CTE.

Se expide en Neiva Huila, a solicitud del interesado, a los tres (03) días del mes de febrero de 2026.

OSCAR FERNANDO CORTES OTERO
Gerente y Representante Legal

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Cesar Elias Palacios Hernandez

CC 84008528 de Barrancas - Guajira

Realizó el Curso en Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS)
con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-31

Fecha de vencimiento: 2028-07-31

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

64

95

COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ



C.C. 84008528

MÉDICO

Universidad de Guayaquil

Ecuador

Grado: 04/08/2006

Rethus: 20/05/2008

ESPECIALIZACIÓN EN UROLOGÍA

Escaneado con CamScanner

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Cesar Elias Palacios Hernandez

CC 84008528 de Barrancas - Guajira

Realizó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS)

con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-29

Fecha de vencimiento: 2028-07-29

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

99

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Cesar Elias Palacios Hernandez

CC 84008528 de Barrancas - Guajira

Realizó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-07-27

Fecha de vencimiento: 2028-07-27

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
R.3298
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C8400852800349225
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ**, identificado(a) con C.C. No. 84008528 y T.P. o R.M. No. 16215/2008 del(a) Ministerio de la Protección Social, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 22 septiembre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-22--11:54:51 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	84008528	CESAR	ELIAS	PALACIOS	HERNANDEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ identificado(a) con CC 84008528 registra La siguiente información:

2026-09-22--11:54:51 AM

Información Académica

UNV	Extranjero	Medicina	2008-05-20	16215	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	
ESP	Extranjero	Urología	2021-03-19	86083	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	

Datos SSO

Presto SSO	Local	COLOMBIA|CALDAS|LA DORADA	2007-12-11	2008-04-10	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	La
Presto SSO	Local	COLOMBIA|CALDAS|PALESTINA	2007-10-01	2007-12-10	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	

información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJERCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCION AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ identificado con Tarjeta de Identidad No 800116303044, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar

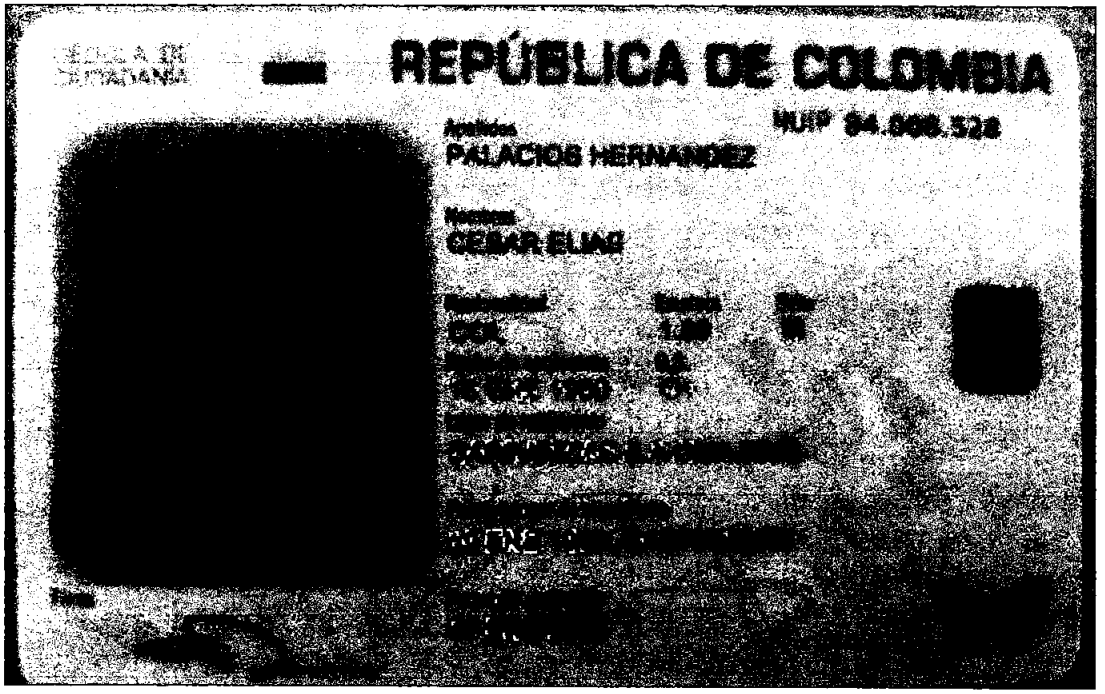
Primer Nombre	CESAR
Segundo Nombre	ELIAS
Primer Apellido	PALACIOS
Segundo Apellido	HERNANDEZ
Tipo Documento	Tarjeta de Identidad
Numero Documento	800116303044
Clase Libreta Militar	Segunda Clase

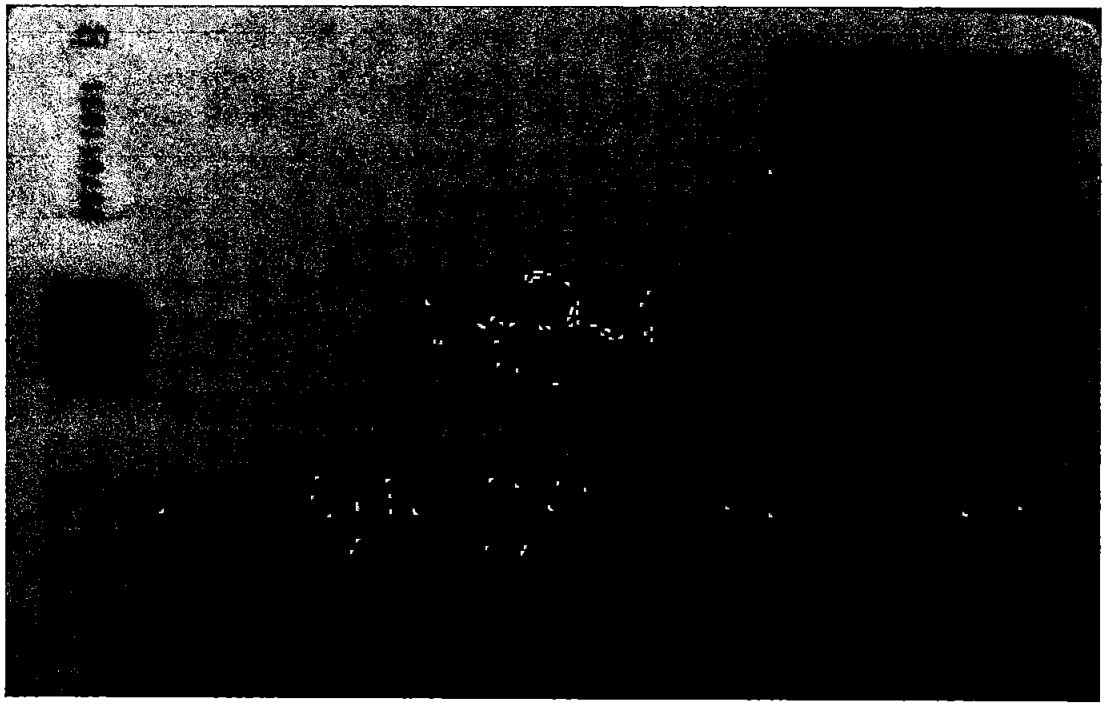
ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 12 días del mes de Abril de 2024, a las 5:03:57 PM

Consecutivo:

Dirección de Reclutamiento Ejército Nacional


REPÚBLICA DE COLOMBIA
PALACIOS HERNANDEZ
CESAR ELIAS



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/09/2026 11:57:03 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **84008528** y Nombre: **CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ.**

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. **148180723** . 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

Señores
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Ciudad.

Referencia: consentimiento revisión de antecedentes

Yo **CESAR ELIAS PALACIOS HERNNANDEZ**, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 84.008.528 de BARRANCAS LA GUAJIRA, por medio del presente documento autorizo al **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ TOLIMA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, para que 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.

Atentamente;

Firma:
Nombre: Cesar Elias Palacios Hernández
C.C. 84.008.528 de Barrancas La Guajira

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 12:02:23 horas del 22/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **84008528,** Apellidos y Nombres **PALACIOS HERNANDEZ CESAR ELIAS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE** , con NIT **890706833-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Cesar Elias

Apellidos: Palacios Hernandez.

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 84008528.

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 01 Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	04-01-20.	P3HBLIV	Sharon.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	16/6/21	233990209	Nueva Sanidad.
	2	21/06/22	220205214	Nueva Sanidad.
	3	10/01/23	220805214	Lora D.
	4			
	5			
Influenza Tetravalente acelular.	1	23-05-25	CA80251208	Lora F.V.
	2			
Hepatitis B	1	16/6/21	GLG/CHEM	Cruz Loja.
	2	17/06/22	AHBV087AB	Cruz Loja.
	3	18/06/23	20Fx20008	Paula Lora.

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
~~TV~~ Influenza		1	12-03-20	AG968888AB	Arleny Quintero.
		11-nov-24	VS0523004	Kelly Cordero.	
Influenza estacional		Anual	01/8/21	VS0221006	Proveer
		Anual	24/10/23	230049	Laura M.
Covid 19		1ª	10/9/21	FF8843	Centro Caldón
		2ª	31/1/22	FN3815	Nueva Idima
		1er Ref.	25/1/23	ER6924.	Sinergia.
		2do Ref.			
Otras	HA	1.	05-12-23	AHAVC1191	Stefan F
Refuerzo HEP B			21-08-24	AHBVC077AB	Arleny Quintero GE

MEDICADIZ
SALUD CON CALIDAD

MEDICADIZ S.A.
Sede Principal: cra. 12 sur #93 - 21 Via aeropuerto perales
2650573

11910504

36

Order No.:	11910504	**Fecha Ingreso:**	2026-02-11 17:23:48
Paciente:	CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ	**Fecha Impresión:**	2026-02-12 06:39:58.
Identificación:	84008528	**Edad/Sexo:**	46 / M
Convenio:	PARTICULAR MEDICADIZ S.A.S.	**Teléfono:**	3022623697
Médico:	SANDRA PATRICIA CABEZAS DIAZ	**Sede:**	MEDICADIZ - SEDE SAMARIA

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
ESPECIALES			
Hepatitis B-Antic. Contra HBS	**11**	mUI/ml	

V.Referencia: Positivo Mayor 12
Tecnica : ELFA

JULIETH JOHANA GUERRA
BACTERIOLOGA
T.P.1030601703

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: 24-09-2025

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: CESAR ELIAS PALACIOS HERNANDEZ

Documento de Identidad: 84.008.325 de: BARRANCAS LA GUAJIRA

Fecha Nacimiento: 16-01-1980 Edad: 45 Sexo: MASCULINO

Celular: 3022823897

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?		x
3.	HA RECIBIDO EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR, O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE TENGA AFECTACIÓN DE SUS DEFENSAS?		x
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