

# UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

SALUD INTEGRAL DEL CARIBE IPS



# ¿QUIÉNES SOMOS?

Salud Integral del Caribe IPSSAS,es una Institución Prestadora de Servicios de Salud en el departamento del Magdalena, con 10años de experiencia en servicios ambulatorios y domiciliarios; siendo pioneros en la atención domiciliaria integral en zona urbana y rural de todo el departamento.

Conocedores de las necesidades de nuestra comunidad en salud y así mismo de las dificultades en el desplazamiento hacia la capital; hemos diseñado un programa integral de atención especializada y diagnóstico Cardiovascular avanzado, que permita disminuir las barreras de acceso para la atención en salud en los municipios del departamento del Magdalena.

## M ISIÓN

Satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios,brindando una atención oportuna,humanizada y con los mejores estándares de calidad, logrando resultados eficientes en nuestros pacientes.

## VISIÓN

Para el año 2027 seremos una IPS,con un modelo integral hacia la transformación institucional preventiva,auto sostenible, con atención integral en salud especializada en diagnósticos vasculares.

## VALORES CORPORA TIVOS

- Calidez
- Respeto
- Confianza
- Cumplimient
- o

# EQUIPO DE TRABAJO

Contamos con profesionales especializados, con excelente formación académica, experiencia y calidad humana.

- Médico especialista en Medicina Interna y Subespecialista en Cardiología
- Médico especialista en Medicina Interna
- Médico general,experto en riesgo cardiovascular
- Enfermera Superior experta en diagnóstico cardiovascular
- Auxiliar de enfermería experta en diagnóstico cardiovascular
- Auxiliares administrativos y de facturación



# ¿QUE ENFERMEDADES SE TRATAN EN EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA?

### INSUFICIENCIA CARDíACA
Cuando el corazón no bombea sangre correctamente debido a debilitamiento

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Es una enfermedad crónica en la que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias.

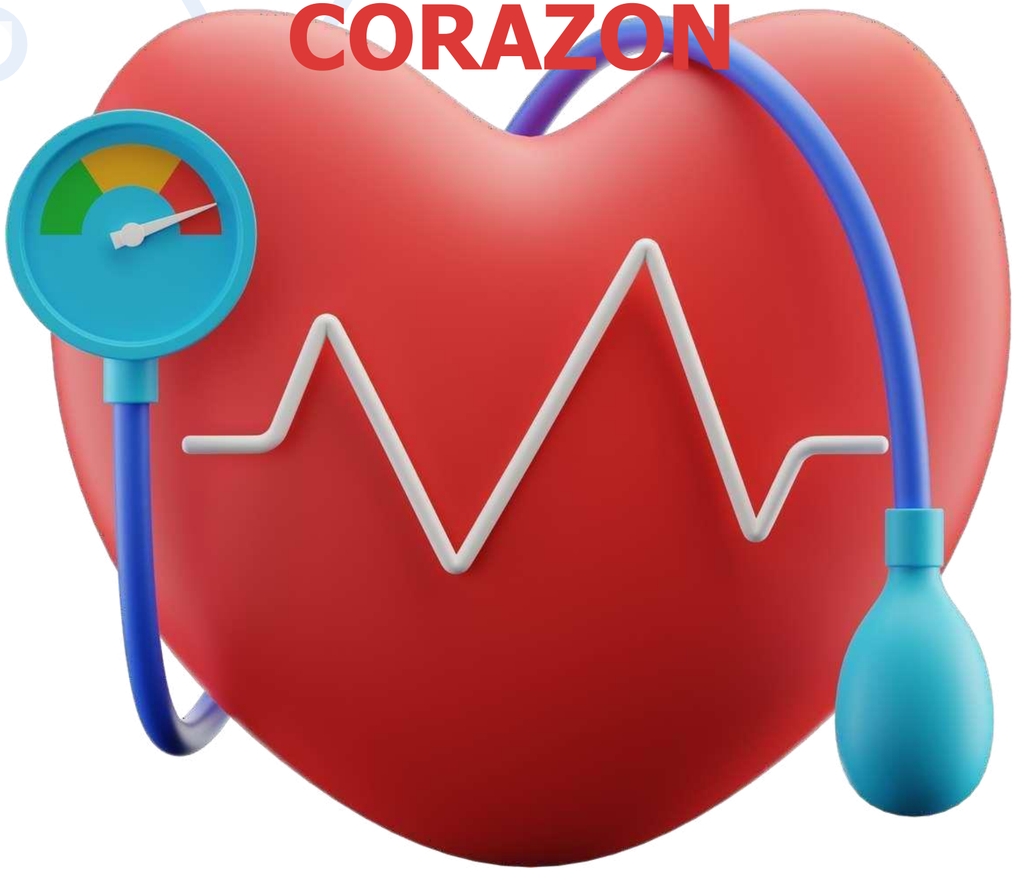
### HIPERCOLESTEROLEMIA O EXCESO DE COLESTEROL
Se produce cuando la presencia de colesterol en sangre está por encima de los niveles considerados como normales. Se asocia principalmente a problemas coronarios.

### INFARTO DE MIOCARDIO
Se trata de una complicación que ocurre como consecuencia de una arteria obstruida por un coágulo sanguíneo (trombo) causando la muerte del músculo cardíaco.

### ANGINA DE PECHO
Se produce por la falta de riego sanguíneo al músculo cardiaco. A diferencia del infarto esta no provoca la muerte del músculo cardiaco.

### TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO
Engloban varias enfermedades que afectan los latidos del corazón, como puede ser la bradicardia (pulsaciones muy lentas) o la taquicardia (pulsaciones muy rápidas).

# NUESTROS ESTUDIOS PARA EL CUIDADO DEL CORAZÓN





Holter de ritmo cardiaco de 24 horas

Monitoreo de presión arterial en 24 horas





Electrocardiograma

Ecocardiograma modo m y bidimensional con Doppler Color





Prueba de esfuerzo cardiovascular en banda

Consulta por Cardiología





Ecocardiograma de stress con prueba de esfuerzo o con prueba farmacológica

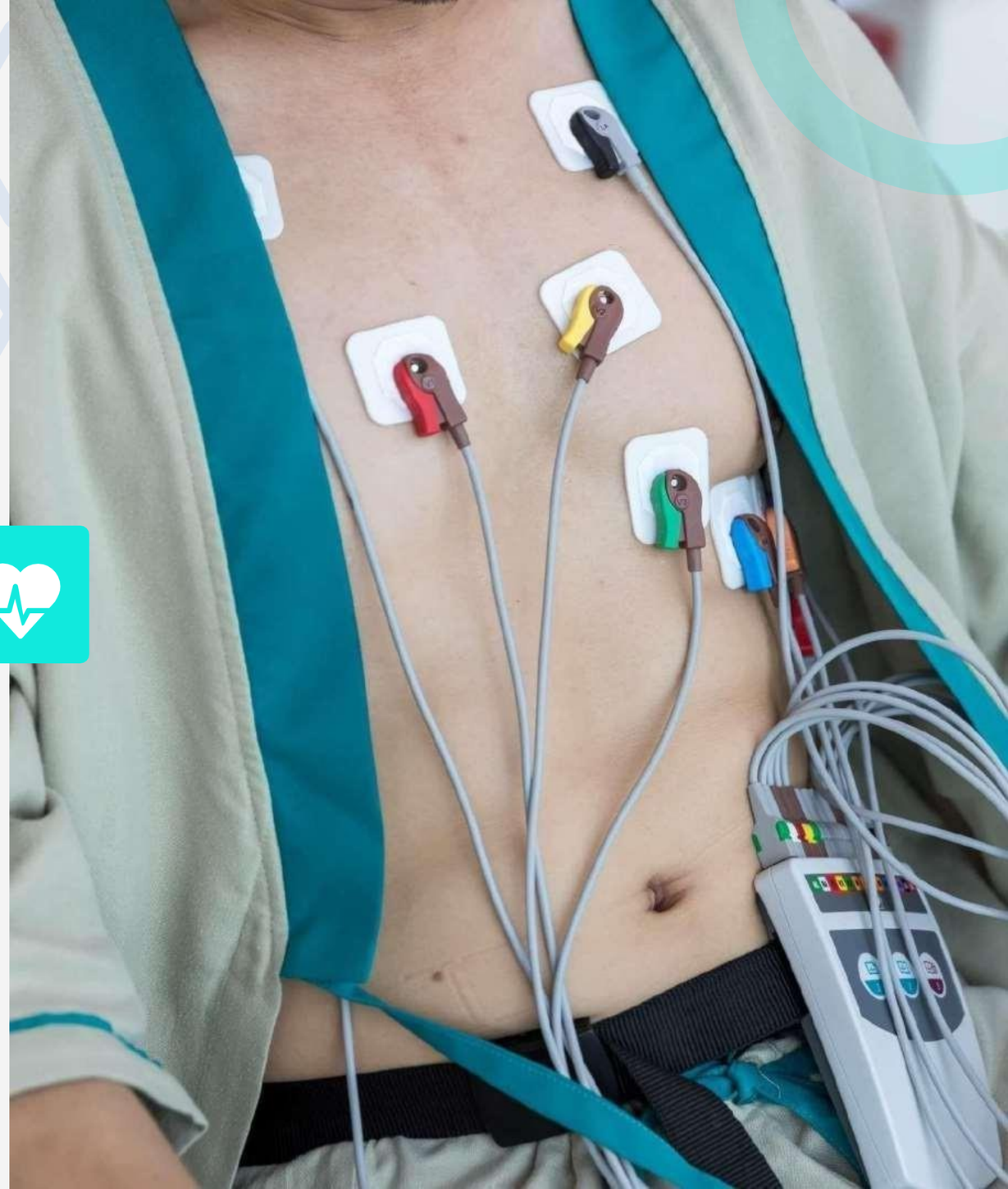
Interconsulta por especialista en Cardiología (Tele-asistencia)

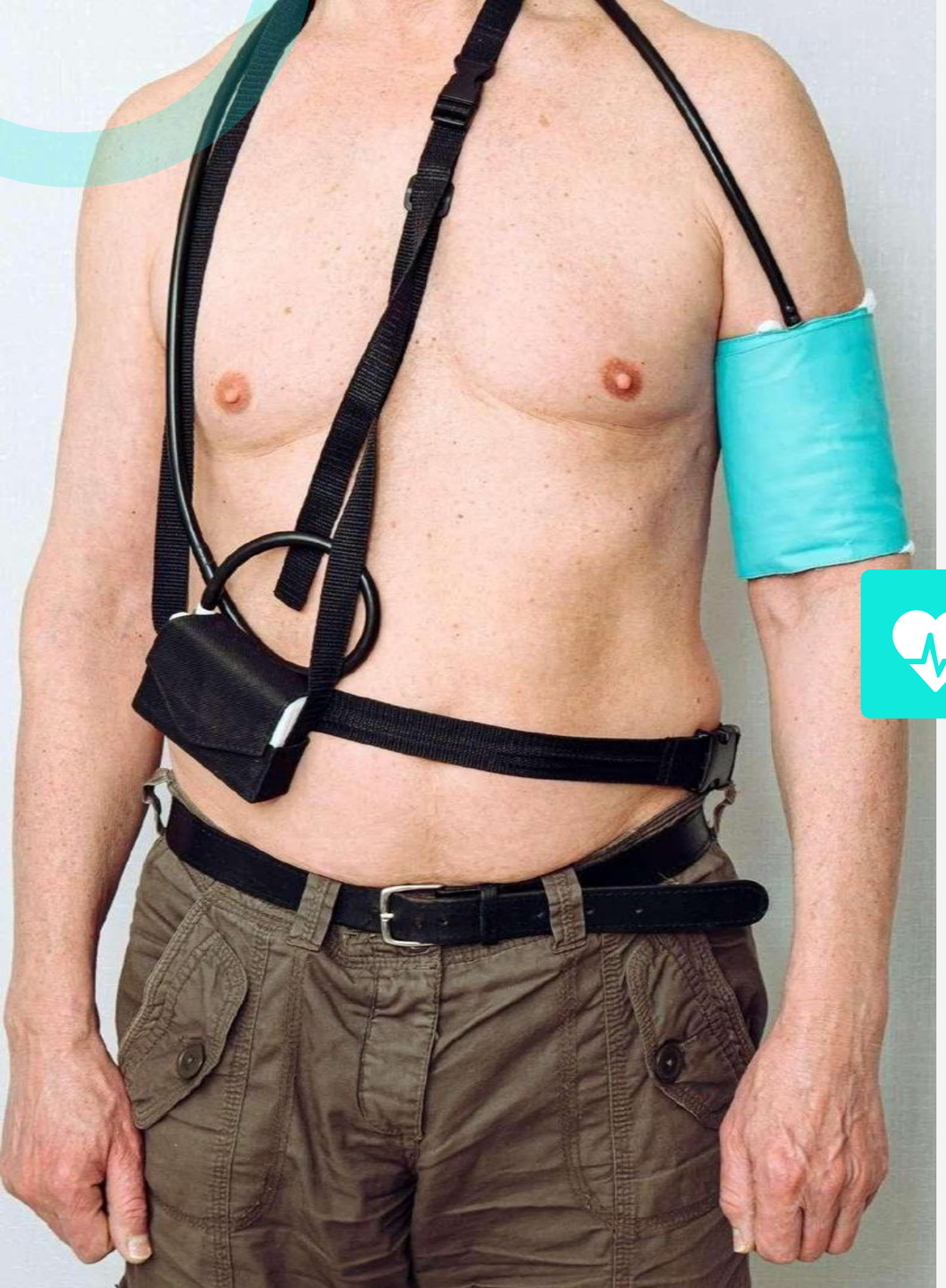


# HOLTER DE RITMO CARDIACO DURANTE 24 HORAS

El monitor Holter de 24 Horas un estudio médico que consiste en la monitorización ambulatoria del electrocardiograma por un periodo de 24 a 48 horas, durante la actividad diaria habitual del paciente.

Se usa en pacientes con sospecha de arritmia cardíaca o para diagnosticar una isquemia silente, en varios canales simultáneos ( por lo general 10) , lo que permite la mejor visualización de los eventos.





# MONITOREO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN 24 HORAS

La monitorización de la presión arterial (MAPA) es una prueba con la que se pretende medir la presión arterial de un paciente de forma periódica, fuera del contexto médico-hospitalario, durante un periodo de tiempo programable, generalmente durante las 24 horas del día.

Indicado para confirmar el diagnóstico de hipertensión, efectividad del tratamiento de la hipertensión, hipertensión arterial variable.

# ELECTROCARDIOGRAMA

Es una prueba que registra la actividad eléctrica del corazón que se produce en cada latido cardiaco.

## ¿PARA QUÉ SIRVE?

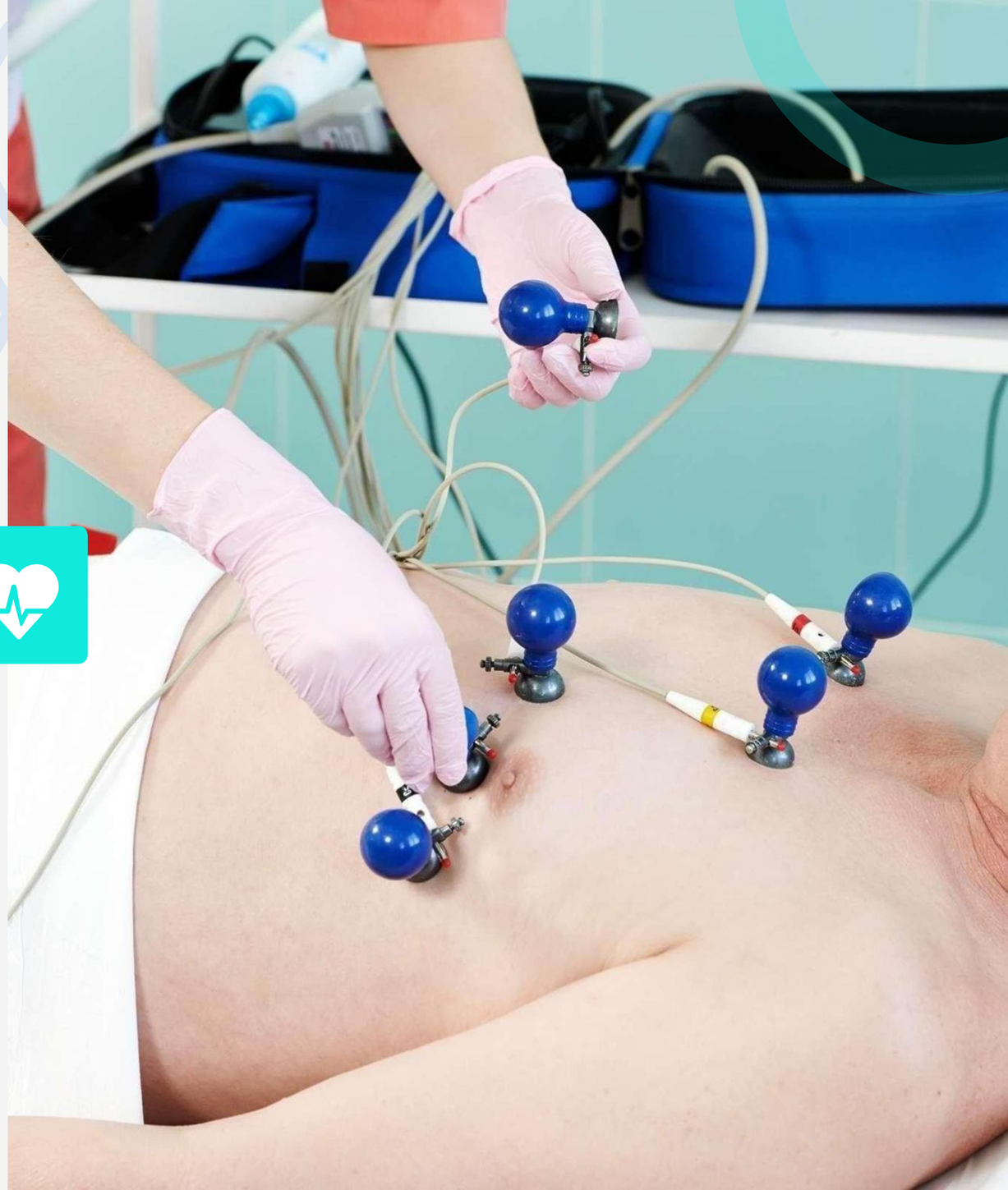
Se utiliza para determinar o detectar:

- Ritmo cardiaco Anormal ( Arritmias).
- Si las arterias obstruidas o estrechadas del corazón (enfermedad de arterias coronarias) están ocasionando dolor en el pecho o un ataque cardiaco.
- Cómo están funcionando ciertos tratamientos para enfermedades cardiacas (como el marcapasos)

## ¿QUIÉN NECESITA HACÉRSELO?

Personas con síntomas como:

- Dolor en el pecho.
- Palpitaciones cardíacas.
- Pulso acelerado.
- Falta de aire.
- Disminución de la capacidad para hacer ejercicio.





# ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER COLOR

Se trata de un método diagnóstico fundamental en cardiología ya que permite ver el corazón en movimiento (latiendo) en tiempo real. A las imágenes, se les agrega el sistema de ultrasonido con método Doppler y el Doppler color para analizar el flujo de la sangre dentro del corazón.

## ¿ PARA QUE SE USA?

El ecocardiograma es una de las pruebas fundamentales en Cardiología ya que permite detectar patologías en la estructura del corazón como:

- Valvulopatías o válvulas cardíacas anormales.
- Ritmos anormales en el corazón.
- Daños en el miocardio.
- Cardiopatías congénitas no diagnosticadas previamente.
- inflamaciones como la pericarditis.
- Soplos cardíacos.

## ¿ PARA QUE SIRV E?

Es muy sencillo ya que simplemente requiere de la aplicación de un gel conductor sobre el pecho del paciente o el transductor del aparato. El paciente permanece tumbado de costado mientras el cardiólogo coloca el transductor

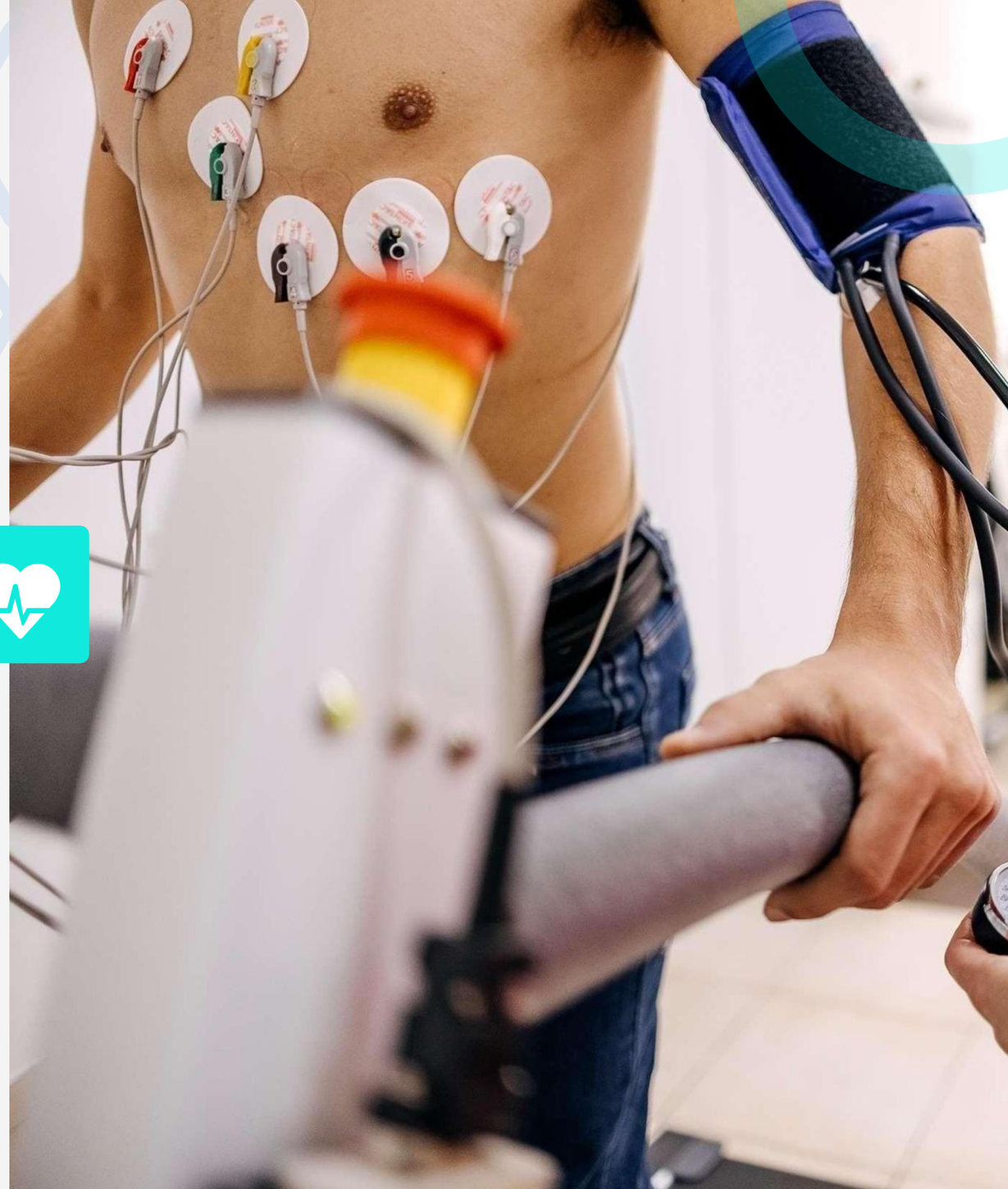
por el lado izquierdo de su pecho normalmente y lo va moviendo para obtener

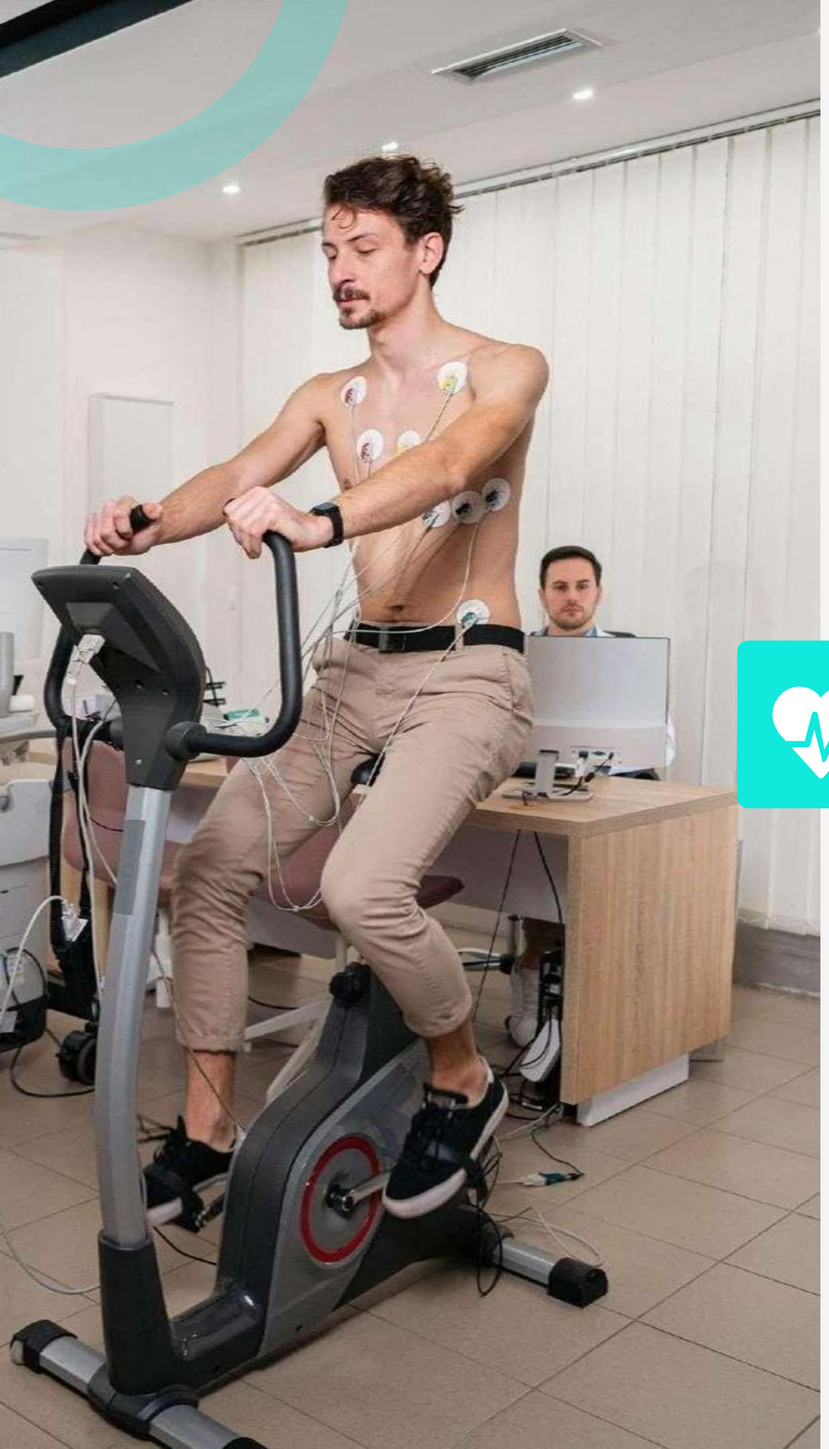
# PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR EN BANDA

Esta prueba nos muestra cómo se comporta el corazón durante la actividad física. La prueba consiste en caminar y correr en una caminadora mientras se monitorea el ritmo cardiaco, presión y respiración.

## ´¿ POR QUÉ SE REALIZA?

- Diagnosticar la enfermedad de las arterias coronarías. Se presenta cuando las arterias coronarias se dañan o enferman, debido a la acumulación de depósitos que contienen colesterol y otras sustancias (placas).
- Diagnosticar problemas en el ritmo cardíaco (arritmias). Se producen cuando los impulsos eléctricos que coordinan el ritmo cardíaco no funcionan debidamente, lo que provoca que tu corazón lata demasiado rápido, demasiado lento o irregularmente.
- Guiar el tratamiento de trastornos cardíacos. Si ya se diagnosticó una enfermedad del corazón, una prueba de esfuerzo puede ayudar a descubrir cómo está funcionando el tratamiento o para ayudar a establecer el plan de tratamiento.





# ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA

El ecocardiograma de estrés es una prueba diagnóstica que estudia el comportamiento del corazón ante una situación de aumento de estrés, ya sea a través del ejercicio o de un fármaco, lo que permite observar si el corazón recibe el suficiente flujo de sangre y el correcto funcionamiento de las válvulas cardíacas.

## ¿PARA QUE SIRVE?

El ecocardiograma de estrés ayuda a diagnosticar problemas cardíacos que podrían no ser
evidentes en reposo.

- Detectar enfermedades coronarias.
- Evaluar la función cardíaca después de un infarto.
- Determinar la causa de síntomas como dolor de pecho o dificultad para respirar.
- Guiar el tratamiento de enfermedades cardíacas.

## ¿CÓMO SE REALIZA?

- Preparación: El paciente se coloca en una camilla y se le conectan electrodos para monitorizar el ritmo cardíaco.
- Primera ecografía: Se realiza un ecocardiograma en reposo para obtener imágenes iniciales del corazón.
- Inducción de estrés:
- Prueba de esfuerzo: El paciente camina o corre en una cinta.
- Farmacológico: Se administra un medicamento que acelera el ritmo cardíaco, simulando
  ejercicio.

Segunda ecografía: Se realiza otro ecocardiograma mientras el corazón está estresado.



# CONSULTA POR CARDIOLOGÍA

Las enfermedades cardiovasculares son uno de los principales motivos de consulta médica, además son la primera causa de fallecimiento en el mundo y de discapacidades, especialmente el infarto de miocardio, accidente cerebrovasculares, falla cardiaca y las arritmias.

Llevar un control óptimo del estado del sistema cardiovascular previene complicaciones y el desarrollo de este tipo de patologías. Además, permite controlar el estado cardiovascular de pacientes con patologías o riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares

# INTERCONSULTA POR CARDIOLOGÍA (TELE-ASISTENCIA POR CARDIOLOGÍA)

A través del programa de Tele-asistencia en Cardiología buscamos que en los hospitales de Baja y Mediana Complejidad puedan tratar a los pacientes con enfermedades cardiovasculares sin tener que remitirlos en la medida que no ameriten estudios invasivos, lo que permite mejoras en los tiempos, de tratamiento y atención al paciente, evitando desplazamientos innecesarios y mejorando el servicio en la institución.

Diseñamos un programa de asistencia, acompañamiento y
educación a Hospitales de Baja y Mediana Complejidad.

Ayudando a diagnosticar y tratar a los pacientes y así mismo a definir qué Pacientes necesitan atención con procedimientos de Mayor Complejidad que sí ameriten remisión.



# PROPUESTA ECONÓMICA GENERAL

**ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA (HOLTER**

**$ 451.184 v/u**

SOAT VIGENTE (- 45%)

**CUPS 895001**

**MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (TELEMETRÍA)**

**$ 451.184 v/u**

SOAT VIGENTE (-45%)

**CUPS 895004**

**PRUEBA ERGOMETRICA (TEST DE EJERCICIO)**

**$ 275.050 v/u**

SOAT VIGENTE (- 45%)

**CUPS 894102**

**ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER A COLOR**

**(HOMÓLOGO SOAT 25107)**

**$586.550 v/u**

SOAT VIGENTE (- 45%)

**CUPS 881202**

**ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO**

**$ 765.201 v/u**

SOAT VIGENTE (- 45%)

**CUPS 881205**

**ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA**

**$ 1.346.357 v/u**

SOAT VIGENTE (- 45%)

**CUPS 881210**

# PROPUESTA ECONÓMICA GENERAL

**ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE**

**$ 46.641 v/u**

SOAT VIGENTE (- 45%)

**CUPS 895100**

**INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA**

**(TELE-ASISTENCIA)**

**$ 54.314 v/u**

SOAT VIGENTE (-45%)

**CUPS 890428**

**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA**

**$ 49.218 v/u**

SOAT VIGENTE (- 45%)

**CUPS 890228**

**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA**

**49.218 v/u**

SOAT VIGENTE (- 45%)

**CUPS 890328**

**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

**$ 43.849 v/u**

PROPIA

**CUPS 890266**

**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

**$ 43.850 v/u**

PROPIA

**CUPS 890366**

# PROPUESTA ECONÓMICA COOSALUD

**ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA (HOLTER**

**$ 328.134 v/u**

SOAT VIGENTE (- 60%)

**CUPS 895001**

**MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (TELEMETRÍA)**

**$ 328.134 v/u**

SOAT VIGENTE (-60%)

**CUPS 895004**

**PRUEBA ERGOMETRICA (TEST DE EJERCICIO)**

**$ 200.036 v/u**

SOAT VIGENTE (- 60%)

CUPS 894102

**ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER A COLOR**

**(HOMÓLOGO SOAT 25107)**

**$426.583 v/u**

SOAT VIGENTE (- 60%)

**CUPS 881202**

**ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO**

**$ 556.510 v/u**

SOAT VIGENTE (- 60%)

**CUPS 881205**

**ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA**

**$ 979.169 v/u**

SOAT VIGENTE (- 60%)

**CUPS 881210**

# PROPUESTA ECONÓMICA COOSALUD

**ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE**

**$ 33.920 v/u**

SOAT VIGENTE (- 60%)

**CUPS 895100**

**INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA**

**(TELE-ASISTENCIA)**

**$ 49.050 v/u**

PROPIA

**CUPS 890428**

**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA**

**$ 43.850 v/u**

PROPIA

**CUPS 890228**

**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA**

**$ 43.850 v/u**

PROPIA

**CUPS 890328**

**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

**$ 43.850 v/u**

PROPIA

**CUPS 890266**

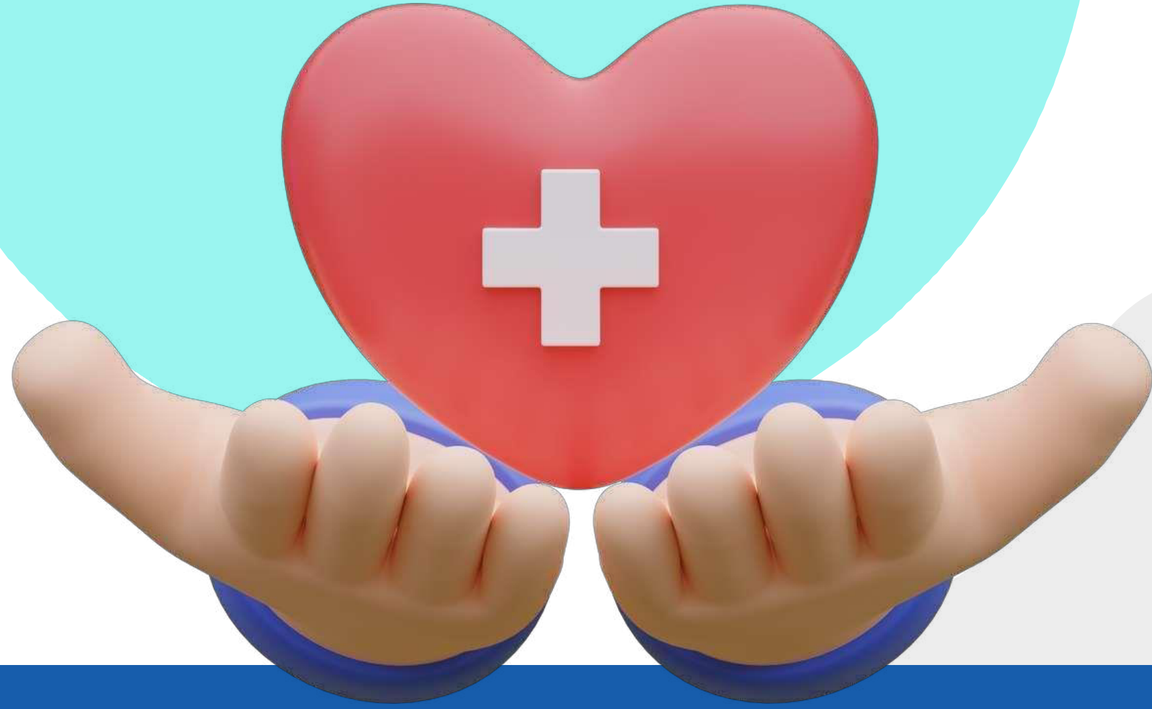
**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

**$ 43.850 v/u**

PROPIA

**CUPS 890366**

# CONTACTO



CORREO ELECTRÓNICO:
unidadcardiologica.sic@gmail.com

TELÉFONO DE CONTACTO:
3225488521


UNIDAD DE
CARDIOLOGÍA
SALUD INTEGRAL
DEL CARIBE IPS

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 | SALUD INTEGRAL DEL CARIBE IPS SAS | | | |
| SIGLA | | | NIT No. 900.746.492-7 | |
| PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO : | | | PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE : | |
| ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____ | | TIPO [ ] (VER AL RESPALDO) | CLASE [1] [1] (VER AL RESPALDO) | |
| DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS COLOMBIA | | DEPARTAMENTO MAGDALENA | |
| MUNICIPIO FUNDACION | | DIRECCIÓN CARRERA 7 #13-45 BARRIO SAN NICOLAS | | |
| TELÉFONOS | | FAX | | APARTADO AÉREO |

## II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

| | |
|---|---|
| 1 ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO | 2 ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| COMPARTA EPS | | X | | 10/08/2021 | $2.500.000.000 |
| ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA | X | | | 31/01/2025 | $70.000.000 |
| ESE HOSPITAL SAN RAFAEL | X | | | 31/01/2025 | $40.000.000 |
| ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON | X | | | 31/01/2025 | $60.000.000 |
| ESE HOSPITAL LA CANDELARIA | X | | | 31/01/2024 | $70.000.000 |
| | | | | | |

## IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES | |
|---|---|---|---|
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] | NÚMERO: 72.231.176 | ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] Apoderado [ ] | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $ 100.000.000.000 |

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 11/08/2026

## 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

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 304276262

PIB
14:26:02


Bogotá DC, 05 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona SALUD INTEGRAL DEL CARIBE I.P.S S.A.S identificado(a) con NIT número 9007464927:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 304275880

PIB
14:19:04


Bogotá DC, 05 de octubre 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) EDUARDO ENRIQUE INSIGNARES BLANCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 72231176:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 05 de octubre de 2026, a las 17:29:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 72231176 |
| Código de Verificación | 722311762610051729 51 |

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

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 lunes 05 de octubre de 2026, a las 17:30:30, 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 | 9007464927 |
| Código de Verificación | 900746492726100517303O |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 02:17:54 PM horas del 05/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **72231176**
Apellidos y Nombres: **INSIGNARES BLANCO EDUARDO ENRIQUE**

**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.

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.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# 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 17:34:59 horas del 05/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **72231176,** Apellidos y Nombres **INSIGNARES BLANCO EDUARDO ENRIQUE**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SALUD INTEGRAL DEL CARIBE IPS SAS**, con NIT **900746492-7** 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

# 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 72231176 **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 11/08/2026 04:35 PM

Código Verificación: **P2N6G1QSU4**

Válida hasta: **09/11/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 | 2026-02-10 09:21 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| EDUARDO | ENRIQUE | INSIGNARES | BLANCO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 72231176 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | ATLÁNTICO | Municipio | BARRANQUILLA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | ATLÁNTICO | Municipio | BARRANQUILLA |
|---|---|---|---|---|---|

| 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 FRAY LUIS DE LEON - PLATO |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | PLATO |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores"] |
|---|---|

| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |
|---|---|

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | $60.000.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $60.000.000,00 |

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $10.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| MUEBLE | COLOMBIA | ATLÁNTICO | BARRANQUILLA | $34.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| PRESTAMOS BANCOS | $8.000.000,00 |

## 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

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

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| SALUD INTEGRAL DEL CARIBE IPS SAS | JUNTA DIRECTIVA | PRINCIPAL | COLOMBIA |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento | Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN | **Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.** | **Código: PFO-SARLAF-0104-03-01** |
| | | **Vigencia: 2024 -2027** |
| | **Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo** | Versión: 1 / copia controlada |

| FECHA | AA | MM | DD |
|---|---|---|---|
| | | | |

## SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE COMPLETO** | | | | **TIPO ID** | **C.C.** |
| **NÚMERO ID** | | DIRECCIÓN: | | | |
| CIUDAD: | | DEPARTAMENTO: | **MAGDALENA** | PAÍS: | **COLOMBIA** |
| TELÉFONO (PRINCIPAL): | | CELULAR | | OTRO | |
| EMAIL: | | | | | |
| ¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: SI / NO | | ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: ___SI / NO | | | |
| ¿TIENE CONDICION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE?: ___SI / __NO | | | | | |
| ¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, ¿Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras) ?: ___SI / NO | | | | | |

## SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **RAZON SOCIAL** | **SALUD INTEGRAL DEL CARIBE IPS SAS** | | | **NIT:** | **900.746.492-7** |
| DIRECCIÓN: CARRERA 7 #13-45 | | | | | |
| CIUDAD: | **FUNDACION** | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA | PAÍS: | COLOMBIA |
| TELÉFONO (PRINCIPAL): | | OTROS: | | FAX: | |
| EMAIL: | **Contabilidad.sicips@gmail.com** | CELULAR: | | PÁGINA WEB | |
| | | | | | |
| **CIUDADES** | | **SUCURSALES:** | | | |
| ¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, ¿Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras) ?:__SI / __X_NO | | | | | |

## DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA/ REPRESENTANTE LEGAL | **EDUARDO ENRIQUE INSIGNARES BLANCO** | Documento de Identificación | **72.231.176** |
| | | Teléfono Directo | **3006200286** |
| | | e-mail | **Contabilidad.sicips@gmail.com** |
| Es persona expuesta públicamente ? | ☐ Si | ☐ No | |

## ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?:SI / NO X | IMPORTACIONES: SI / NO | | EXPORTACI |
| INVERSIONES: _SI/NO | PRESTAMOS:SI / NO | | ¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: |

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Diligencie el siguiente campo donde exprese el origen de los recursos de las actividades (detallar ocupación, oficio, que usted desarrolla actividad o negocio): PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
Mis ingresos provienen del pago de honorarios mensuales como contratista de la E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA COMO**: ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION**

**EL DECLARANTE MANIFIESTA QUE:**

## DECLARACIONES

Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y verificable, que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos y me comprometo a mantenerla actualizada.

Declaro de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento (que se entiende prestado con la imposición de mi firma en este formato), que no me encuentro inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad que me inhabilite para celebrar el presente, de conformidad con lo establecido en el decreto ley 2463 de 1981, ni en los conflictos de interés contemplados en la ley 789/02, normas que declaro que conozco.

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro que tanto mi (nuestra) actividad, como profesión u oficio es lícita, ejercida dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.
2. Que los recursos o bienes que utilizaré (mos) en desarrollo de nuestra (s) labor (es) con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE ELON mantendrán su condición de legalidad, de conformidad con las leyes vigentes.
3. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Que todas las actividades e ingresos que percibo (mos) provienen de negocios lícitos y que los recursos que se deriven del desarrollo de mis actividades no se destinan a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. Que no me (nos) encuentro (encontramos) reportado (s) en las listas restrictivas internacionales OFAC (Lista Clinton), ONU (Lista de la Organización de las Naciones Unidas) que sean vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional y que estén relacionadas con actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
6. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra o algunos de mi (nuestros) familiares o cónyuge no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que figuro (amos) en las listas restrictivas.
7. Que es de mi (nuestro) conocimiento y debido cumplimiento aplicar las normas colombianas relacionadas con la prevención y control del Lavado de Activos, Anticorrupción y Financiación del Terrorismo que le son aplicables.
8. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Autorizo

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN | **Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.** | **Código: PFO-SARLAF-0104-03-01** |
| | | **Vigencia:2024 -2027** |
| | **Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo** | Versión: 1 / copia controlada |

FECHA: AA MM DD

ner indemne cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, sus representantes
tores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa, incompleta, inconsistente o inexacta que yo

(

(nosotros) hubieremos
proporcionado.
9

nstitución Política de Colombia, manifiesto (amos) bajo gravedad de juramento, que los conceptos, datos y demás información consignada en el
y fiel expresión de la verdad.

decen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. Por tanto, autorizo amos) de manera
de los datos suministrados para dar cumplimiento a los procesos adelantados por LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, de acuerdo a lo
012 y reglamentado en el DECRETO 1377 de 2013.

(

, entendido, manifestado y aceptado lo anterior, se firma el presente documento a los 04__días, del mes de MAYO del 2026



**FIRMA CONTRATISTA** **HUELLA** **CIUDAD Y FECHA**

información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el contratista /representante legal.

## ASPECTOS GENERALES

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.

Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: **gerencia@hospitalfrayluis.gov.co**

## OBSERVACIONES