	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
	LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
	TH-F-04	17-02-2026	08	Página 1 de 1

MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA

NOMBRE Y APELLIDOS: Andres Felipe Chirco **FECHA DE VERIFICACIÓN:**

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A
1	Acto administrativo de nombramiento (nomina)			
2	Acta de posesión (nomina)			
3	Soporte del pago estampilla (nomina)			
4	Hoja de Vida DAFP – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	/		
5	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	/		
6	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública	/		
7	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).	/		
8	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.	/		
9	Registro Único Tributario RUT – Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.	/		
10	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.	/		
11	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X		
12	Examen Médico Ocupacional por Perfil (Hospital)	/		
13	Constancia de Afiliación a EPS, Fondo de Pensión y ARL (Expedición no superior a 2 meses) (N/A ARL será afiliado por el Hospital)			
14	Formato de Confidencialidad y No Divulgación de Información. (Formulario del Hospital).	/		
15	Autorización de Trata de Datos Personales y Consulta de Antecedentes, en especial, Delitos Sexuales. (Formulario del Hospital).	/		
16	Certificado de Antecedentes Disciplinarios Expedido Por la Procuraduría General de la Nación. (Expedición no superior a 1 mes)	/		
17	Certificado de Antecedentes Fiscales Expedido Por la Contraloría General de la Republica. (Expedición no superior a 1 mes)	/		
18	Certificado de Antecedentes Judiciales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	/		
19	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas Expedido Por el RNMC. (Expedición no superior a 1 mes)	/		
20	Certificado delitos sexuales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	/		
21	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Expedición no superior a 1 mes)	/		
22	Certificación Bancaria (Vigencia no superior a 30 días)	/		
23	Tarjeta Profesional al 150% - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	/		
24	Diploma de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	/		
25	Acta de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	/		
26	Antecedentes Profesionales, Comprobante de No Estar Inhabilitado Para Ejercer la Profesión y Vigencia de la Tarjeta Profesional.			X
27	Cursos, Diplomados, Posgrados, ETC. (Sólo se debe relacionar estudios del perfil profesional según la necesidad)			X
28	Convalidación por Parte de Autoridad Competente Para Títulos Obtenidos en el Extranjero.			X
29	Certificación Laboral Relacionada (Que tenga relación con el perfil de la necesidad)	/		
30	Licencia de Conducción y RUNT sin multas de tránsito (Paramédicos, Auxiliares Vacunación y Profesionales con Rodamiento).			X
	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL POR PERFIL			
31	Humanización (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud).	X		
32	Competencia en Atención al Usuario (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud)	X		
33	Autorización Para Ejercer Profesión – RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutricion, Psicólogo, etc.)	X		
34	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.			X
35	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería de urgencias y hospitalización)	X		
36	Competencia en Soporte Vital Básico (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería)	X		
37	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales, pediatra)			X
38	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, nutrición)	X		
39	Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante Expedida por el INS (Médicos)			X
40	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)	X		
41	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo, ginecología.)			X
42	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, especialistas).	X		
43	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)			X
44	Atención del Parto (Médico, ginecología)			X
45	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera, psicología)			X
46	Medición automática de la tensión arterial OPS (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería)	X		
47	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)	X		
48	Competencia en Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)	X		
49	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)			X
50	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)			X
51	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)			X
52	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			X
53	Mecánica básica (conductores)			X
54	Manejo defensivo (conductores)			X
55	Manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)			X
56	Curso de facturación en salud (facturadoras, radicación, glosas)			X
57	**Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad).**			
58	**Formato inducción y reinducción (nomina)**			
59	**Formato evaluación inducción y reinducción (nomina)**			

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Camila Hdez Ruiz

Castilla La Nueva - Meta, el 09 de octubre de 2026

Dra.:
DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA
Profesional Universitario
Oficina Planeación Calidad y Desarrollo
Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-368**

Cordial saludo,
ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO, quien se identifica con C.C 1.006.862.967 expedida en Castilla La Nueva – Meta, está interesado en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto ***"PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMÍA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E"*** de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

1. **LOS TÉRMINOS EN LOS CUALES SE DESARROLLARÁ EL CONTRATO SON LOS SIGUIENTES:**

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **DOS (02) MESES Y DIECIOCHO (18) DÍAS**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.2. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de **SEIS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($6.890.000**

1.3. FORMA DE PAGO: El HOSPITAL girará los recursos objeto del CONTRATO, así:

EL CONTRATISTA será responsable y se obliga a: 1. Prestar los servicios de auxiliar de enfermería de acuerdo con las necesidades del Servicio de Urgencias y demás servicios del Hospital intramural y extramural que requieran apoyo, dentro del alcance de sus competencias y formación. 2. Apoyar la atención integral del paciente, bajo la coordinación y orientación del personal profesional responsable, incluyendo la toma y registro de signos vitales, preparación y traslado de pacientes, higiene y confort, cambios de posición, apoyo en procedimientos, cuidados básicos y demás actividades propias del perfil de auxiliar de enfermería. 3. Apoyar la administración segura de medicamentos y la realización de procedimientos de enfermería, de conformidad con las órdenes médicas, protocolos, guías y procedimientos institucionales y demás disposiciones normativas vigentes, dentro del alcance de sus competencias, realizando oportunamente los registros correspondientes. 4. Diligenciar de manera completa, oportuna, legible y veraz los registros asistenciales correspondientes a las actividades realizadas, incluyendo signos vitales, administración de medicamentos, procedimientos, cuidados de enfermería, traslados, entrega y recibo de pacientes y demás soportes requeridos por EL HOSPITAL para garantizar la continuidad de la atención, los procesos de calidad y los procesos administrativos y de facturación. 5. Cumplir las políticas, protocolos, guías y procedimientos institucionales relacionados con seguridad del paciente, humanización, bioseguridad, prevención y control de infecciones, gestión del riesgo y calidad de la atención, así como identificar y reportar oportunamente eventos adversos, incidentes, condiciones inseguras y demás situaciones que puedan afectar la seguridad del paciente.6. Mantener en condiciones adecuadas de orden, limpieza, disponibilidad y funcionamiento los equipos, elementos, medicamentos e insumos asignados o utilizados durante la prestación del servicio, de acuerdo con sus competencias, y reportar oportunamente daños, pérdidas, vencimientos, deterioros,

faltantes o cualquier otra novedad. 7. En los traslados de pacientes dentro de la institución o en ambulancia, apoyar las actividades correspondientes de acuerdo con los protocolos institucionales y dentro del alcance de sus competencias, verificando la disponibilidad de los elementos e insumos requeridos, realizando el correcto diligenciamiento de las bitácoras y registros correspondientes y reportando oportunamente cualquier novedad presentada durante el traslado. 8. Apoyar las actividades asistenciales en los diferentes servicios institucionales cuando las necesidades del servicio lo requieran y las actividades correspondan a sus competencias como auxiliar de enfermería, incluyendo Urgencias, Hospitalización, Observación, Sala de Partos, Consulta Externa, Promoción y Prevención, Laboratorio, Central de Esterilización y jornadas intra y extramurales de salud. 9. Cumplir las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo, bioseguridad, higiene de manos, uso adecuado de elementos de protección personal, manejo de aislamientos, prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud y demás medidas establecidas por EL HOSPITAL, así como mantener actualizados los soportes de vacunación y demás requisitos de protección establecidos de acuerdo con los riesgos biológicos y ocupacionales asociados a las actividades contratadas. 10. Participar en las actividades de inducción, reinducción, capacitación, entrenamiento y actualización relacionadas directamente con el objeto contractual, incluyendo aquellas relacionadas con seguridad del paciente, calidad, emergencias, bioseguridad, prevención y control de infecciones y demás procesos institucionales. PARÁGRAFO: El contratista deberá acreditar la asistencia a las reuniones, capacitaciones, inducciones, reinducciones y demás actividades institucionales a las que sea convocado en relación con el objeto contractual, dejando constancia de dicha participación en los informes de actividades correspondientes. 11. Garantizar la confidencialidad y reserva de la información clínica, administrativa y personal de los usuarios a la que tenga acceso con ocasión de la ejecución del contrato, así como realizar un manejo adecuado, seguro y reservado de la historia clínica y de los sistemas de información institucionales, absteniéndose de divulgar, reproducir, fotografiar, grabar, almacenar, copiar o compartir información de los pacientes por medios no autorizados. 12. Utilizar exclusivamente los sistemas de información, usuarios, claves, dispositivos y demás herramientas tecnológicas autorizadas por EL HOSPITAL, de acuerdo con los permisos asignados, absteniéndose de compartir credenciales, facilitar el acceso de terceros o utilizar usuarios o claves que no le hayan sido autorizados. 13. Informar oportunamente al responsable del servicio las novedades asistenciales, administrativas, de seguridad del paciente, de infraestructura, de equipos, de medicamentos, de insumos o de cualquier otra naturaleza que puedan afectar la adecuada y segura prestación del servicio. 14. Atender la programación de servicios y turnos previamente establecida y acordada para la ejecución del objeto contractual, de acuerdo con las necesidades institucionales y las condiciones pactadas en el contrato, informando oportunamente cualquier situación que impida la prestación del servicio programado. 15. Apoyar los procesos institucionales de calidad, seguridad del paciente, vigilancia en salud pública, gestión del riesgo y mejoramiento continuo, en las actividades que correspondan a su perfil y objeto contractual. 16. Brindar a los pacientes, usuarios y sus familias un trato digno, respetuoso, humanizado y libre de cualquier forma de discriminación, garantizando el respeto por sus derechos, autonomía, intimidad, valores, costumbres y creencias, de acuerdo con las políticas institucionales y la normatividad vigente. 17. Participar, dentro del alcance de sus competencias, en las actividades de preparación y respuesta ante emergencias, códigos institucionales, reanimación, evacuaciones, emergencias masivas, desastres y demás situaciones de riesgo, de acuerdo con los protocolos, planes y procedimientos establecidos por EL HOSPITAL. 18. Cumplir las disposiciones relacionadas con la segregación, manipulación, transporte interno y disposición de los residuos generados durante la atención en salud, de acuerdo con el Plan de Gestión Integral de Residuos y demás procedimientos institucionales vigentes. 19. Cumplir los protocolos institucionales relacionados con la correcta identificación del paciente antes de la realización de procedimientos, administración de medicamentos, toma de muestras, traslados y demás actividades asistenciales que así lo requieran, utilizando los mecanismos de identificación establecidos por EL HOSPITAL. 20. Realizar la entrega y recibo de los pacientes en los que haya participado, suministrando al personal responsable la información relevante sobre su estado, cuidados realizados, procedimientos, novedades y demás aspectos necesarios para garantizar la continuidad y seguridad de la atención. 21. Apoyar la toma, identificación, conservación, transporte y entrega de muestras de laboratorio, cuando corresponda, de acuerdo con los protocolos institucionales, las condiciones de bioseguridad y el alcance de sus competencias, garantizando la correcta identificación de las muestras y reportando oportunamente cualquier novedad. 22. Participar en la identificación, reporte y manejo inicial de situaciones de riesgo, eventos adversos, incidentes, accidentes de trabajo, exposición a riesgos biológicos, derrames, fallas de equipos y demás situaciones que puedan comprometer la seguridad del paciente, del personal o de terceros, siguiendo los protocolos institucionales establecidos. 23. Dar uso adecuado y racional a los medicamentos, insumos, equipos biomédicos, elementos de protección personal

y demás recursos suministrados o puestos a disposición para la ejecución del objeto contractual, evitando su uso indebido, pérdida o desperdicio y reportando oportunamente las novedades que se presenten. 24. Cumplir las demás actividades que sean directamente relacionadas con el objeto contractual, siempre que correspondan al perfil, formación, competencias y alcance legal del auxiliar de enfermería y se encuentren relacionadas con la adecuada prestación de los servicios de salud del HOSPITAL. PARÁGRAFO GENERAL: En todas las actividades objeto del presente contrato, EL CONTRATISTA actuará dentro del alcance de su formación, competencias y perfil como auxiliar de enfermería, de conformidad con la normatividad vigente, los protocolos y procedimientos institucionales, y bajo la coordinación del personal profesional responsable cuando la naturaleza de la actividad así lo requiera.

ANEXOS:

Para la presentación de la respectiva cotización anexo la siguiente información que fue requerida:

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO
C.C. No. 1.006.862.967 expedida en Castilla La Nueva – Meta.
Dirección: Vereda san Agustín finca la playita, Castilla La Nueva – Meta.
Teléfono: 317-405-7063
Email: Chiscoandres67@gmail.com

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
Suarez	Chisco	Andres Felipe

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1006862967	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 1178471 D.M. 7

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 03 MES 08 AÑO 2002	Vda San Agustin Finca La Playita Lte Las Brisas			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	CASTILLA LA NUEVA		
MUNICIPIO	CASTILLA LA NUEVA	TELÉFONO	3174057063	EMAIL	chiscoandres67@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2020

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
CORPORACION FORTALECER	EDUCACIÓN INFORMAL	1600	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	06	2022

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
CORPORACION MULTIMEDICAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		SOPORTE VITAL BASICO	01	2026
CORPORACION MULTIMEDICAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL DENGUE	01	2026
CORPORACION MULTIMEDICAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		SOPORTE VITAL AVANZADO	01	2026
CORPORACION MULTIMEDICAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		MANEJO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCION (POCT)	01	2026

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA				*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	05	*Año*	2026	*Día*	10	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	03	*Año* 2026	*Día*	03	*Mes*	05	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6817901	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA URGECIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIA					*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 53 Barzal Alto						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6817901	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCI	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 53 Barzal Alto						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6817901	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA VACUN	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 53 Barzal Alto						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6817301	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA UCI	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIA					*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 53 Barzal Alto						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6817901	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA URGECIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 53 Barzal Alto					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA BARZAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6725525	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	12	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 37 55 17					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MULTISALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3173253276	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	04	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 37 1 1					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Castilla la Nueva

Ciudad y fecha

Karol Giraldo Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2026-02-09 15:37

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDRES	FELIPE	SUAREZ	CHISCO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1006862967

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

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 DE CASTILLA LA NUEVA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Dirección	["carrera 10 No.4-43 barrio centro"]
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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$3.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$3.000.000,00

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	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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 INTERESES 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:

Castilla la Nueva-Meta, a los 09 de 10 de 2026

Señores:
HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
Ciudad.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que entiendo las inhabilidades e incompatibilidad establecidas en la ley y mediante la suscripción del presente formulario SI_____ NO X me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, en relación las siguientes:

FUENTE	INHABILIDAD	SI	NO
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal a)	¿Está inhabilitado para contratar con el estado de conformidad con las causales establecidas en la constitución o la ley?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal b)	¿En los últimos cinco (5) años ha participado en licitaciones o celebrados contratos estando inhabilitado para contratar con el estado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal c)	¿En los últimos cinco (5) años le han declarado la caducidad de un contrato estatal?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal d)	¿En los últimos cinco (5) años ha sido condenado a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, o ha sido sancionado disciplinariamente con destitución?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal e)	¿En los últimos cinco (5) años ha dejado de suscribir –sin justa causa- un contrato estatal que le hubiere sido adjudicado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal f)	¿Es servidor público?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal g)	Para el presente proceso ha presentado o estima presentar propuesta su cónyuge o compañero permanente, un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, ¿o segundo de afinidad?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal h)	¿Tiene su representante legal o alguno de sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas) vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con el representante legal o los socios de otra sociedad que haya presentado o estime presentar propuesta para el presente proceso?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal i)	• ¿Ha sido socio de alguna persona jurídica a la que le haya sido declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? • ¿La persona jurídica tiene algún socio que anteriormente haya sido socio de otra persona jurídica a la que le fuera declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal j) modificado por el artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	• ¿Ha sido declarado usted responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, o por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia?		X

	• ¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas – salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? • ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional?		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? **No aplica para servicios profesionales.**		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal a)	¿Fue servidor público de esta entidad desempeñando funciones en los niveles directivo o asesor en el último año?		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal b)	¿Tiene vinculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza control interno o fiscal de la misma?		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal c)	¿Es cónyuge o compañero permanente de algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza funciones de control interno o control fiscal de la misma?		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal d)	• ¿Dentro de la persona jurídica tiene participación u ocupa cargos de dirección o manejo algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor? • ¿O que sea cónyuge o compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil de dicho funcionario?		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal f) adicionado por el artículo 4° de la Ley 1474 de 2011.	• Usted o las personas a través de las cuales prestará el servicio, ocuparon en los últimos dos años un cargo directivo en esta entidad, ¿cuyo sector tenga relación con el objeto del futuro contrato? • Tiene parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil con un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? • La sociedad tiene vinculado a cualquier título a un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas?		
Inciso tercero, Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil con el Representante Legal de esta entidad?		

artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	• ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		P
Parágrafo 3°Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de algún concejal del municipio? • ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		P
Art. 90 Ley 1474 de 2011	• ¿Ha sido objeto de imposición de multas o declaratorias de incumplimiento? Nota: En caso afirmativo indique el tipo de sanción, la entidad que la impuso y la fecha de imposición		P
OBSERVACIONES:	*"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."*		

TENGA EN CUENTA:

.- *Cónyuge:* persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.
.- *Compañero Permanente:* Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.
.- *Parentesco por consanguinidad:* Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.
.- *Parentesco por afinidad:* Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco Civil:* Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.
.- *Parentesco hasta primer grado de consanguinidad:* papá, hijo,
.- *Parentesco hasta primer grado de afinidad:* papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano
.- *Parentesco hasta segundo grado de afinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad:* papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.
.- *Parentesco primero o único civil:* El que existe entre el hijo y los padres adoptantes.

Firma,

Nombre: Andrei Suarez

Cédula: 1000802469


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.006.862.967
SUAREZ CHISCO
ANDRES FELIPE
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-2002
CASTILLA LA NUEVA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.83
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
24-AGO-2020 CASTILLA LA NUEVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
P-5201000-01153788-M-1006862967-20200825
0071552536A 1
8500560151

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14969365207

(415)7707212489984(8020) 000001496936520 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 6 8 6 2 9 6 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SUAREZ	CHISCO	ANDRES	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: CL 7 B # 44 - 04 MZ 45 CASA 17 CUARTA ETAPA ESPERANZA

42. Correo electrónico: chiscoandres67@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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	2	0																								

20- Obtención NIT

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 2023-12-27 / 03:36:42PM

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 SUAREZ CHISCO ANDRES FELIPE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EJERCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO EJERCITO NACIONAL

C E R T I F I C A

Que el señor **ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1006862967, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	ANDRES
Segundo Nombre:	FELIPE
Primer Apellido:	SUAREZ
Segundo Apellido:	CHISCO
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1006862967
Estado Tarjeta Militar:	RESERVISTA - 2DA CLASE

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU TARJETA MILITAR

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 2 días del mes de OCTUBRE de 2026, a las 14:43:51.

Cordialmente,

CR. ROBERTO MOYA CARMONA
Director Reclutamiento - Ejercito Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 8773897f-0835-4ca6-9f14-603edd411911

Nombres y apellidos / Full name

ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 6 8 6 2 9 6 7

Fecha de nacimiento / Date of birth

03/08/2002

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3174057063

Correo electrónico / e-mail

CHISCOANDRES67@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre Amarilla	Única	14	01	2021		R3G891V	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	SANDRA MILENA GAITAN DAZA
COVID PFIZER	Primera	10	05	2021	PFIZER	ER9449	VILLAVICENCIO MULTISALUD IPS	DIANA PAOLA ORJUELA QUEVEDO
COVID PFIZER	Segunda	02	06	2021	PFIZER	FA5843	VILLAVICENCIO MULTISALUD IPS	NANCY GUTIERREZ PRECIADO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	10	09	2021		V50221006	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	SANDRA MILENA GAITAN DAZA
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	26	01	2022		U3FX20010 SANOFI	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	HERMINSON GUZMAN CASTELLANOS
COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	31	01	2022	Oxford-AstraZeneca	NM0219	VILLAVICENCIO FAMEDIC IPS NUEVA EPS	RUTH ANGELICA NARVAEZ PEREIRA
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	12	07	2022		220500322C	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	ROSMARY MORALES CARDENAS
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	23	08	2022	PFIZER	PCA0076	VILLAVICENCIO MULTISALUD IPS	ZOILA AMANDA PATRICIA UMAÑA CANIZALES
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	03	01	2023		220500322C-DELTA	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	LEIDY YOLANDA RAMOS TARACHE
Varicela Particular	Primera	03	01	2023		UO37959 MSD	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	LEIDY YOLANDA RAMOS TARACHE
Triple Viral Particular	Primera	06	01	2023		A69CF389A - GSK	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	JEIDI KATHERINNE OTALORA MARTINEZ
Influenza Adultos Particular	Anual	06	01	2023		A23 - ABBOT	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	JEIDI KATHERINNE OTALORA MARTINEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	16	08	2024	Green Cross	V50524003	VILLAVICENCIO HOSPITAL DEPARTAMENTAL	LUDIS MABEL ROJAS ESTEVES
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	15	08	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525002	VILLAVICENCIO HOSPITAL DEPARTAMENTAL	FANNY CALDERON MORTIGO - CC40439753 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 87738f7f-0835-4ca6-9ff4-603adcb411911

Nombres y apellidos / Full name: **ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO**

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

Número de identificación / ID Number: **1006862967**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **03/08/2002**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3174057063**

Correo electrónico / e-mail: **CHISCOANDRES67@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Sarampión Rubéola	Adicional	24	02	2026	Serum	0095N001A	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	EDNA LORENA BOBADILLA ALDANA - CC1123510966 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	04	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	GISELA YALIXSA CADAVID MENESES - CC1092914227 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899
Dir: Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal
Celular: 313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155
Correo: atencionalusuario@santabarbaraips.com
Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



N° 15.987

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	02 MES	2026 AÑO	CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
SUAREZ CHISCO ANDRES FELIPE	MASCULINO	23 AÑOS 6 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1006862967 (Número)

Cargo: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

EPS	AFP	ARL
CAPITAL SALUD	PORVENIR	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *CUMPLE*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

OPTOMETRIA	✓	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	✓
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

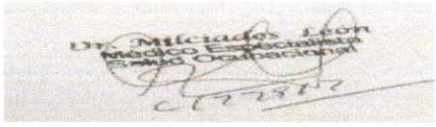
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- SI TIENE FUN CIONES ASISTENCIAALES APLICAR BIOSEGURIDAD EN EL HORARIO LABORAL.
- ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.

Declaro que he sido informado de manera clara, suficiente y comprensible sobre la realizaci ón de evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas, egreso, reintegro o post incapacidad, conforme al perfil del cargo y a los riesgos laborales identificados. Comprendo que estas valoraciones tienen como propósito determinar mi aptitud laboral, identificar factores de riesgo, establecer medidas de prevenci ón, vigilancia y seguimiento en salud, y proteger mi bienestar y seguridad en el trabajo. Autorizo la práctica de exámenes clínicos, pruebas complementarias, de laboratorio y evaluaciones espec íficas que se requieran según mi actividad laboral, incluyendo aquellas para cargos de riesgo. Se me han explicado los beneficios de la detecci ón temprana de alteraciones en la salud, así como las posibles molestias o limitaciones derivadas de los procedimientos. Entiendo que mi participaci ón es voluntaria, que puedo formular preguntas y que estas han sido resueltas satisfactoriamente. Acepto que la informaci ón obtenida sea tratada de forma confidencial, reservada y segura, conforme a la normatividad vigente en protecci ón de datos personales, y que los resultados ser án comunicados únicamente en términos de aptitud laboral a la empresa. Declaro que he leído, comprendido y otorgo mi consentimiento libre, previo e informado para la realización de dichas evaluaciones.

Médico



Firma:

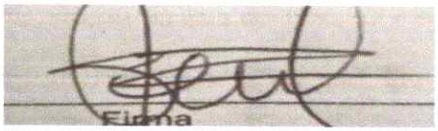
Nombre: CC: 19156895 - MILCIADES LEON

R. M.: 8074 **L.S.O.:** 8074

Código de Seguridad

F1600L1R15987

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SUAREZ CHISCO ANDRES FELIPE

CC: 1006862967

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899
Dir: Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal
Celular: 313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155
Correo: atencionalusuario@santabarbaraips.com
Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 10,054

Fecha: 25/02/2026 Municipio: CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA) CC: 1006862967 Nombre: SUAREZ CHISCO ANDRES FELIPE Edad: 23 AÑOS 9
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA Empresa: PARTICULARES
Eps: CAPITAL SALU Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO F. Último Examen: 07/01/2026
Lugar del Último Examen: VILLAVICENCIO Motivo Consulta: CONTROL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	20/20/20	0.5M
O.I:	NO APLICA	20/20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	20/20/20	0.5M
A.O:	NO APLICA	20/20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	20/20/20	0.5M

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ = N/A**
OJO DERECHO: **K´ = N/A**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/
OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD
OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EMETROPE, USO DE PROTECCION SOLAR, USO DE EPP DEPENDIENDO EL RIESGO AL QUE ESTE EXPUESTO.

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: NIT: 52562329 - TATIANA1 CUASTUMAL

R. M.: 3872 L.S.O.:

Código de Seguridad

Q1600W3C10054

PACIENTE



Firma:

Nombre: SUAREZ CHISCO ANDRES FELIPE

CC: 1006862967

EL PROGRAMA DE CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S
NIT 900.298.372-9

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO identificado(a) con CC 1006862967, se encuentra ACTIVO en el REGIMEN CONTRIBUTIVO de Salud, de la EPS CAPITAL SALUD EPS-S, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240703	No Registrada

Se expide a los 05 días del mes de octubre de 2026 a solicitud del (la) interesado(a).

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUD EPS-S, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud: (601) 7427257.
Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.862.967**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO identificado con CC. 1006862967 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE
Tipo y Numero de Documento	NI - 900004059

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/06/11	**Fecha inicio contrato**	2026/06/11
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/10/10
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/10/10	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 1 días del mes de octubre del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar' certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC01102026N1006862967A23287569.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032727
700

Cordialmente,

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

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Andres Felipe Suarez Chasco identificado con cédula de ciudadanía No 1000802967 expedida en Castilla la Nueva, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL.**TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la información suministrada de la institución que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a terceros, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la Información confidencial recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA – OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA – CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA – VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia, de lo anterior, el presente compromiso se firma a los Nueve (09) días del mes de Octubre del 2026.

LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre. Andres Suarez

CC No. 1000802967

Nit. No. _____

Empresa _____

LA PARTE REVELADORA (Firma)

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS

Gerente del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES, Y CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

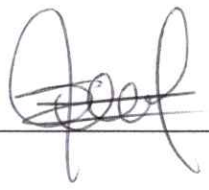
Yo[1] Fandy Felipe Suarez Chaco quien me identifico con cedula 1006807967 expedida en Castilla la Nueva, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, AUTORIZO expresamente al HOSPITAL a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico que se relaciona en el CONTRATO. Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos.

Respecto a la consulta en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, me comprometo a entregar el certificado expedido por la autoridad competente para el conocimiento del contenido, así mismo el HOSPITAL queda plenamente facultado para realizar la consulta en el aplicativo dispuesto para ello.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

La presente autorización se expide con fecha 09/10/2026

Firma: 

[1] Persona que se identifica al final del escrito y quien actúa en nombre propio o como Representante Legal de una Persona Jurídica

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304173675

PIB
14:53:38

Bogotá DC, 02 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) ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006862967:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 02 de octubre de 2026, a las 14:55:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006862967
Código de Verificación	1006862967261002145507

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 02:50:35 PM horas del 02/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1006862967**
Apellidos y Nombres: **SUAREZ CHISCO ANDRES FELIPE**

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.

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 02/10/2026 02:49:52 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1006862967** y Nombre: **ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO.**

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. **148873892** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:02:52 horas del 02/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1006862967,** Apellidos y Nombres **SUAREZ CHISCO ANDRES FELIPE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA**, con NIT **900004059-7** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 1006862967 **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 01/10/2026 12:13 PM

Código Verificación: **P6A71KGCWU**

Válida hasta: **01/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificación
Bancaria

Jueves, 01 de octubre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO identificado(a) con CC 1006862967, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	91295038077	2025-12-04	Activo	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno,

RESOLUCIÓN NÚMERO 26288
Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

EL SECRETARIO DE SALUD DEL META
En uso de sus facultades y en especial las conferidas en la Ley 1164 de 2007

CONSIDERANDO:

Que ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO con cédula de ciudadanía número 1.006.862.967 expedida en Castilla la Nueva, solicitó ante ésta Secretaría autorización para ejercer como Auxiliar en Enfermería, según Certificado de Técnico Laboral expedido por la Corporación Fortalecer el 09 de junio de 2022.

Que, revisada la documentación presentada se constató el cumplimiento de los requisitos exigidos para dicho trámite.

Que, en virtud de lo expuesto, este despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Autorizar a ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO con cédula de ciudadanía número 1.006.862.967 expedida en Castilla la Nueva, para ejercer como Auxiliar en Enfermería en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecidos en el Código Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, junio 09 de 2022

JHONATAN DAVID NEIRA
Secretario de Salud

Revisó: Zandra Yarley Rojas Bonilla
Gerente de Calidad Inspección y Vigilancia de los Servicios

Elaboró: Gloria Castañeda – Auxiliar Administrativo

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa José María Córdoba

Guamal - Meta

Autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta, según Resolución No. 4597 del 29 de Septiembre de 2016.

Confiere a:

Andrés Felipe Suarez Chisco

Identificado (a) con C.C. No. 1.006.862.967 expedida en Castilla La Nueva, Meta

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica (Artículo 28 ley 115 del 94) según los planes y programas vigentes.

INSTITUCION EDUCATIVA JOSE MARIA CORDOBA GUAMAL - META

Lic. MARÍA ELISA LADINO BETANCOURT
C.C. No. 21.175.822 de Acacías (Meta)
Rectora

EDITH CONSTANZA OROZCO GONZÁLEZ
C.C. No. 40.316.153 de Guamal (Meta)
Secretaria

Libro de Registro No. 3 Acta No. 199 Folio No. 285

No se requiere registro, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.

Dado en Guamal (Meta), a los dieciséis (16) días del mes de Diciembre de 2020.

Acta Individual de Grado

INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ MARÍA CÓRDOBA

Guamal - Meta

Dane: 150318000249

En la ciudad de Guamal, Departamento del Meta, a los dieciséis (16) días del mes de Diciembre del año 2020, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ MARÍA CÓRDOBA DE GUAMAL.

Institución aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Técnica y Académica y autorizada por el GOBIERNO DEPARTAMENTAL DEL META, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 4597 del 29 de Septiembre de 2016.

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

TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

Andrés Felipe Suárez Chisco

Identificado (a) con C.C. No. 1.006.862.967 expedida en Castilla La Nueva, Meta

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 199 de fecha 16 de diciembre de 2020, que consta de cuarenta y cinco (45) estudiantes, que comienza con el nombre de FRANCY TATIANA ACOSTA GUZMÁN y que se cierra con el nombre de EMELEEN DAYANA ULBOA ALJURE

Firmado por: Lic. MARÍA ELISA LADINO BETANCOURT (Rectora) y EDITH CONSTANZA OROZCO GONZÁLEZ (Secretaria).

Dada en Guamal, a los 16 días del mes de Diciembre de 2020.

Lic. MARÍA ELISA LADINO BETANCOURT
C.C. No. 21.175.822 de Acacías (Meta)
Rectora

EDITH CONSTANZA OROZCO GONZÁLEZ
C.C. No. 40.[illegible]153 de Guamal (Meta)
Secretaria

ACTA DE CERTIFICACIÓN

Fortalecer
Formamos talento Humano con Calidad

Villavicencio - Meta
Nit. 822.007.449-7

En la ciudad de Villavicencio, (Meta) a los 9 días del mes de Junio del año 20 22, se realizo el acto de Certificación, presidido por la directora académica ***LUZ DEYE MÉNDEZ QUINTERO*** en la cual la ***Corporación Fortalecer*** - Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (Ley 1064 de 2006), con licencia de funcionamiento Nº 0038 del 2003, acuerdo ejecutivo nacional del Ministerio de la Protección Social Nº 079/07 y registro del programa Nº 2244/2013 de la Secretaria de Educación Municipal, Renovación del programa N° 1135/2020 de la Secretaria de Educación Municipal, previo juramento confiere el certificado de Aptitud Ocupacional Técnico Laboral Por Competencia en ***AUXILIAR EN ENFERMERÍA,*** al estudiante:

Nombre

Andres Felipe Suarez Chisco

Documento de Identidad No.

C.C. 1.006.862.967

Quien curso y aprobró el programa: Técnico Laboral por Competencias en ***Auxiliar en Enfermería*** con una intensidad de 1600 horas y cumplió con los requisitos legales exigidos por la institución y el Estado.

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº 113 de fecha 9 de Junio de 2022 que consta de 41 estudiante(s), que Inicia con el nombre de Lina Yuruni Aguilar Urrea y cierra con el nombre de Ana Maria Vela Beltran

Dada en Villavicencio (Meta), a los 9 días del mes de Junio de 20 22

Firmada y Sellada Por:
el Director Ejecutivo y la Directora Academica

LUIS ROBERTO PÉREZ ACOSTA
Director Ejecutivo

LUZ DEYE MÉNDEZ QUINTERO
Directora Académica

MULTIMÉDICAS
CORPORACIÓN EDUCATIVA

Certifica que:

ANDRÉS FELIPE SUAREZ CHISCO

C.C. No: ***1.006.862.967***

Asistió y desarrolló el ***Curso*** *en:*

ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN EN MANEJO DEL DUELO Y PÉRDIDA

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 0459 - 3100 de 2019***

Certificado por ***48 horas*** *y válido por 2 años; Emitido el* ***15/07/2025***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURÁN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. # 16957

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

Libro 2 - Registro No. 014848 - Fecha de actualización, julio 14 de 2027

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO

C.C: 1.006.862.967

Cumplió con los requisitos del ***curso*** *en:*

MANEJO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCIÓN (POCT)
POINT-OF CARE TESTING

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 200 de 2021 - 3100 de 2019***

Emitido el **26/01/2026** *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***40 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse a la línea WhatsApp 3123905971

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO

C.C: 1.006.862.967

Cumplió con los requisitos del ***Curso*** *en:*

PRIMEROS AUXILIOS
MANEJO INTEGRAL BÁSICO

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 3100 de 2019***

Emitido el 09/02/2026 *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***40 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse a la línea WhatsApp 3123905971

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Andres Felipe Suarez Chisco

CC 1006862967 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Diplomado de Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Neonatal. con un total de 160 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-03
Fecha de vencimiento: 2027-07-03

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Andres Felipe Suarez Chisco

CC 1006862967 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Diplomado en el Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Adulto. con un total de 160 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-01
Fecha de vencimiento: 2027-07-01

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO

C.C: 1.006.862.967

Cumplió con los requisitos del ***Curso*** *en:*

ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 3100 de 2019***

Emitido el **09/02/2026** *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*

Certificado por ***40 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16937

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse a la línea WhatsApp 3123905971

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

EL ASESOR JURÍDICO DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., ADSCRITO A LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES,

CERTIFICA:

Que, el señor **ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO,** quien se identifica C.C. 1.006.862.967 expedida en Castilla La Nueva – Meta, tiene vínculo contractual con el HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., tal como a continuación se relaciona:

No. DE CONTRATO:	**2026-141**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXIILIAR DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA PARA LA CONFORMACION Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL AREA RURAL, EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CONFORME A LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
VALOR DEL CONTRATO:	SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000) M/CTE
VALOR ADICION:	N/A
VALOR TOTAL:	SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($6.900.000) M/CTE
FECHA INICIO:	CUATRO (04) DE MARZO 2026
TERMINO DE EJECUCION:	DOS (2) MESES
PRORROGA:	N/A
TERMINO FINAL:	DOS (2) MESES
FECHA DE TERMINACION:	TRES (03) DE MAYO DE 2026
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	**1.** Realizar Caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el microterritorio de las familias identificadas Nuevas y Actualización de las familias previamente caracterizadas en la primera fase. **2.** Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas de acuerdo con programación. **3.** Gestionar el trámite de afiliación al sistema de salud cuando se identifiquen personas no afiliadas. **4.** Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados. **5.** Realizar demanda inducida de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. **6.** Realizar demanda inducida a los servicios de promoción de la salud en la ruta integral de Atención para promoción y mantenimiento de la salud según Res. 3280 de 2018, de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario). **7.** Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a

	las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. **8.** Digitalizar los instrumentos y herramientas que sean utilizados durante la implementación de APS que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin o la IPS. **9.** Participar en la implementación y retroalimentación del Plan de Cuidado Primario según su competencia. **10.** Realizar la Identificación de procesos cuidadores y deteriorantes y de condiciones en salud. **11.** Brindar información y orientación en Salud a las familias. **12.** Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo. **13.** Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la Salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno, con especial énfasis en eventos relacionados con las prioridades en salud pública del municipio **14.** Brindar apoyo y gestionar la efectividad en la toma de muestras de laboratorio en aquellos casos que lo requieran. **15.** Brindar apoyo al Programa Ampliado de Inmunizaciones realizando acciones de promoción de la vacunación y garantizando el cumplimiento mensual de coberturas útiles en vacunación. **16.** Desarrollar acciones colectivas enfocadas en la reducción de los riesgos y situaciones identificados en los entornos hogar y comunitario, promoviendo la creación de entornos saludables de acuerdo con cronograma. **17.** Realizar acciones de vigilancia comunitaria en salud pública según necesidad. **18.** Entregar un informe mensual del cumplimiento de las obligaciones específicas del presente contrato, anexando soportes del cumplimiento del contrato. **19.** Hacer uso debido de los elementos entregados para la correcta implementación de la estrategia. **20.** Usar los elementos de protección personal durante el desarrollo de jornadas de salud. **21.** Participar activamente en las actividades institucionales que se programen. **22.** EL CONTRATISTA garantizará el desplazamiento para la prestación de sus servicios, para ello, pondrá utilizar los vehículos dispuestos en el programa o en su defecto, por sus propios medios, en todo caso deberá cumplir con las normas de tránsito y transporte dispuesto por las autoridades. **23.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución

Se expide la presente solicitud del interesado en Castilla La Nueva (Meta), a los siete (07) días del mes de mayo del año dos mil veintiséis (2026).

CRISTIAN CAMILO TORRES GARCIA
ASESOR JURÍDICO – CONTRATACIÓN

No. 26-05-07-074

Elaboró: Anjhy Tatiana Martínez Chisco – Técnico Administrativo.
Revisó: Cristian Camilo Torres García – Asesor Jurídico.
Aprobó: Cristian Camilo Torres García – Asesor Jurídico.

IPS MultiSalud
Vive el Bienestar
Nit: 830511298-1

LA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

DE MULTISALUD LTDA

NIT. 830.511.298-1

CERTIFICA QUE:

La Señora **ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO** identificada con la Cedula ciudadanía **Nº 1006862967** laboro en esta empresa como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el periodo comprendido entre el 22 de Agosto de 2022 hasta el 04 de noviembre del 2022.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los treinta (30)días del mes de noviembre del 2022

YURLY SHIRLEY PALOMA BARBOSA
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO
CEL: 310 3028847

NUEVA CLINICA EL BARZAL S.A.S.
NIT. 900.470.909-1

A QUIEN CORRESPONDA

La suscrita Directora de Gestión Humana de **NUEVA CLINICA EL BARZAL**

HACE CONSTAR QUE:

El señor **ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO** identificado con CC **1006862967** de **Castilla la Nueva** laboró en nuestra empresa desde el día 06 de marzo de 2024 hasta el día 29 de noviembre de 2024, desempeñándose como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con un contrato de trabajo a Término Indefinido.

Se expide el presente certificado el día 05 de diciembre de 2024, a petición del interesado, para los fines que estime conveniente.

ZORAIDA CUBILLOS MORENO
Directora de Recursos Humanos

CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. 2026-218

CONTRATANTE	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E. NIT. 900.004.059-7
CONTRATISTA	**ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO** C.C. No. 1.006.862.967 expedida en Castilla La Nueva – Meta. Dirección: Vereda san Agustín finca la playita, Castilla La Nueva – Meta. Teléfono: 317-405-7063 Email: Chiscoandres67@gmail.com
OBJETO	"PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMÍA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.".
VALOR	DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 2,650,000) M/CTE
TERMINO DE EJECUCION	UN (1) MES

Entre los suscritos: **MARTHA LUCIA HERRERA RIOS,** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 31.021.427 expedida en Castilla la Nueva – Meta, obrando en calidad de Gerente del Hospital de Castilla la Nueva "E.S.E.", nombrada mediante el Decreto Municipal No. 098 del 22 de marzo de 2024, posesionada según Acta No. 056 del 27 de marzo de 2024 con efectos fiscales a partir del 01 de abril de 2024, facultada para contratar mediante Acuerdo No 006 del 08 de octubre de 2024 y el Acuerdo No 04 del 20 de junio de 2023, en nombre y representación del **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** quien en adelante y para los efectos del presente CONTRATO se denominará **EL HOSPITAL**, por una parte, y por la otra parte el señor **ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO,** quien se identifica con C.C No. 1.006.862.967 expedida en Castilla La Nueva – Meta, y quien para efectos de este Contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, considerando: **1.** Que, el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, señala respecto a la forma de contratar de la entidad, que: *"En materia contractual se regirá por Derecho Privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública."*, virtud por la cual el presente contrato se rige por los preceptos civiles y comerciales colombianos, por el Estatuto Interno de Contratación y por el Manual de Contratación; y respecto a las cláusulas exorbitantes, serán sujetas de aplicación según los parámetros adoptados en el artículo 9 del Estatuto Interno de Contratación. **2.** Que, el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, consagró que las Entidades Estatales que por disposición legal, cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, aplicarán en desarrollo de su actividad contractual, acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa (igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones) y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Nacional. **3.** Que, para todos los efectos legales del presente contrato de Prestación de Servicios, así como para su celebración, ejecución y liquidación, se regirá por las normas del Derecho Privado, el Estatuto interno de Contratación, el Manual de Contratación, y las demás normas que de común acuerdo se incluyan en el Contrato. **4.** Que, el Hospital Municipal de Castilla la Nueva E.S.E., en su Estudio Previo sobre la conveniencia y la oportunidad, estableció la necesidad de contratar los servicios de un **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E,** que garantice la prestación del servicio de forma personal en el Área Administrativa, fortaleciendo así el cumplimiento del objeto principal de la entidad como prestadora de servicios de salud de baja complejidad o de primer nivel de atención. **5.** Que, de acuerdo con las Leyes 10 de 1990 y 100 de 1993, la prestación de servicios de salud puede ser contratada por personas Jurídicas o Naturales,

profesionales de la salud, bajo los parámetros estándares, de conformidad con lo establecido por el Decreto 2209 del 29 de octubre de 1998, por el cual se modificó parcialmente los Decretos 1737 y 1738 del 21 de agosto de 1998. **6.** Que, teniendo en cuenta las calidades y la experiencia demostrada por EL CONTRATISTA, es viable la suscripción del presente Contrato de Prestación de Servicios. **7.** Que, para la suscripción del presente Contrato, EL HOSPITAL cuenta con la disponibilidad presupuestal de la vigencia 2026. **8.** Que, EL CONTRATISTA se compromete con EL HOSPITAL a la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. **9.** Que, EL CONTRATISTA manifiesta con la suscripción del CONTRATO, que entiende qué es una inhabilidad e incompatibilidad, su deber de NO suscribir contratos con EL HOSPITAL si estuviere en curso de las causales, por lo cual, al suscribir el presente Contrato manifiesta NO estar inhabilitado ni incurso en incompatibilidades consagradas en la norma. **10.** Que, conforme con las anteriores consideraciones y de acuerdo con la normatividad vigente, se desprende que esta contratación cuyas cláusulas se enuncian a continuación es jurídicamente viable: **CLAUSULA PRIMERA – OBJETO:** EL CONTRATISTA se obliga para con EL HOSPITAL a la **"PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMÍA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."**, de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad. **CLAUSULA SEGUNDA – ACEPTACIÓN DE DISPOSICIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA ENTIDAD:** EL CONTRATISTA se obliga con la entidad, en desarrollo de este CONTRATO de Prestación de Servicios, a respetar las disposiciones y los procedimientos internos técnicos y administrativos, y las políticas que se fijen por parte de EL HOSPITAL, con el fin de prestar en forma óptima el servicio contratado. EL CONTRATISTA garantiza la prestación de los servicios contratados en la cantidad y calidad acordados con el contratante. **CLAUSULA TERCERA - PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución será de **UN (1) MES** contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato. **CLÁUSULA CUARTA – VALOR:** Para todos los efectos, el valor del presente contrato se suscribe por la suma de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 2,650,000) M/CTE**, incluidos los impuestos de ley a que haya lugar. **CLAUSULA QUINTA - FORMA DE PAGO:** El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: En mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 2,650,000) M/CTE**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato, previa presentación del informe de actividades desarrolladas, la respectiva factura de venta y/o cuenta de cobro, certificación de pago de aportes al SGSSS y aportes parafiscales, junto al informe de cumplimiento por parte del supervisor del contrato de la satisfactoria entrega e instalación del servidor. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con diez (10) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO:** EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros. **CLAUSULA SEXTA - DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:** El pago del presente contrato se imputa al presupuesto de la vigencia fiscal 2026 código **CCPET: 2.1.2.02.02.009.01.01.02** denominado **"REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS"** según Certificado de Disponibilidad Presupuestal expedido por el Subgerente Administrativo y Financiero de EL HOSPITAL. **CLAUSULA SEPTIMA – A) OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:** EL CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1.** Realizar la prestación del servicio como auxiliar de enfermería a demanda en los servicios de urgencias, referencia, hospitalización,

actividades de promoción y detección temprana de la salud, (P y D) sala de partos, esterilización, consulta externa, jornadas de salud intramurales y extramurales, a los usuarios que asisten al I HOSPITAL según las condiciones que presentan por los usuarios, y haciendo uso de las buenas prácticas profesionales, los protocolos, las guías y similares, que son adoptados por el sistema de salud en el país, y por EL HOSPITAL. **2.** Asistir a las diferentes capacitaciones programadas por la empresa y someterse a las evaluaciones periódicas de conocimiento científico y administrativo. **3.** Presentar oportunamente al coordinador de procesos asistenciales las eventualidades, situaciones de emergencia y riesgo que se presente en la unidad. **4.** Aplicación de la Política de Seguridad del Paciente. **5.** El contratista debe cuidar la salud del usuario en forma personalizada, integral y continúa respetando sus valores, costumbres y creencias. **6.** Dar aplicabilidad a los protocolos de vigilancia en salud pública. E institucionales que se encuentren vigentes **7.** Diligenciar las Notas de enfermería (ingresos, egresos y evolución de pacientes, hoja de medicamentos y demás), aplicación y devolución de medicamentos conforme a lo establecido en la herramienta PROSOFT, RIPS de procedimientos (paso y retiro de sondas, curaciones, nebulizaciones), registros especiales (signos vitales, hoja neurológica, control de líquidos), archivo y entrega de citologías, apoyo en el diligenciamiento de fichas técnicas, apoyo en el recetario de medicamentos controlados, entre otros. **8.** Cumplir con las actividades asignadas en forma oportuna, segura, eficiente y eficaz. **9.** Administrar medicamentos según directriz médica (consignando lo respectivo en la historia clínica y hoja de medicamentos), y de acuerdo con las técnicas establecidas en relación con los principios éticos y legales vigentes, y los protocolos, guías, instructivos y/o normas de manejo de enfermería según el procedimiento a efectuar. **10**. Dar traslado al usuario por riesgo de salud, según grado de complejidad y normas vigentes de atención de EL HOSPITAL.**11.** Informar detalladamente a la enfermera que recibe turno sobre cualquier novedad que se genere en el entorno de su sitio de trabajo y que afecte el desarrollo normal de las actividades. **12.** Participar activamente en las actividades como reuniones, capacitaciones o eventos programados que organice la entidad y/o el área, siendo de obligatoria asistencia. **13.** Preparar el material, equipo y elementos a su cargo, así mismo mantener en ORDEN e HIGIENE, y dotar los consultorios de urgencias, el área de procedimientos, preparación de medicamentos, reanimación, posparto, consulta externa, etc. Cuando sea requerido **14.** Diligenciar los registros de entrega y recibo de turno del servicio. **15**. Cumplir a cabalidad con los requisitos establecidos por la ley vigente para el correcto diligenciamiento de historias clínicas RIPS, Notas de Enfermería, aplicación de medicamentos, oxígeno, y soportes requeridos en el software existente para una adecuada Facturación; en caso de incumplimiento de este numeral, deberá EL CONTRATISTA asumir los costos ocasionados por conceptos de glosas como consecuencia de una mala práctica profesional.**16.** Participar activamente en el proceso de habilitación y acreditación de la entidad. **17.** Atender las indicaciones que para el caso haga el Hospital de Castilla la Nueva E.S.E., además de las siguientes actividades según los servicios de: ***Remisiones***: 1) Traslado de pacientes a los diferentes puntos de referencia y contrarreferencia municipios del Departamento del Meta, y Departamentos del país. 2) Tener los cuidados necesarios durante el traslado del paciente e informar las novedades presentadas, durante la remisión. 3) Administrar los medicamentos ordenados por el médico cumpliendo los horarios. 4) Presentar informes a la coordinación médica, sobre la evolución del traslado de pacientes. 5) Realizar limpieza de la ambulancia después de terminada la remisión. ***Urgencias***: 1) Toma de signos vitales a los pacientes según clasificación de Triage. 2) Atención integral por auxiliar de enfermería en consultorio médico, en sala de reanimación, en sala de procedimientos, en sala de curaciones, en salas de observación, acorde a los protocolos, manuales de procedimientos y guías de atención. 3 sala de partos, hospitalización, radiología, remisiones, laboratorio etc., ***Sala de Partos y área de Esterilización:*** 1) Atención integral de auxiliar de enfermería como ayudante en sala de partos. 2) Atención integral de auxiliar de enfermería en sala de trabajo de parto, procedimientos. Acorde a los protocolos, manuales de procedimientos y guías de atención. 3) Cumplir y velar por el acatamiento estricto de las normas de comportamiento, asepsia, antisepsia,

tránsito y vestimenta en esta área. 6) Cubrir la disponibilidad en horas nocturnas, según cronograma de actividades. ***Hospitalización***: 1) Admisión y egreso de paciente al área de hospitalización. 2) Atención integral por auxiliar de enfermería en hospitalización, acorde a los protocolos, manuales de procedimientos y guías de atención. 3) Cumplir y velar por el acatamiento estricto de las normas de comportamiento, tránsito, vestimenta en esta área. 4) Registrar el ingreso y egreso de los usuarios en el censo diario de pacientes. 5) Gestionar la asignación de citas por consulta externa para el control posparto y del recién nacido. 6) brindar información y educación a los usuarios según ciclo de vida según sea el caso, a las usuarias gestantes, usuarias postparto y sus familias. **18**. Realizar el proceso de recolección de documentación para la elaboración de facturación de los servicios prestados a los usuarios. **19.** Apoyar los procesos de inducción o reinducción cuando la entidad lo requiera. **20**. Estar al día en todas las vacunas, en especial, las necesarias para desarrollar actividades en el servicio de urgencias. **21**. Garantizar la seguridad de la información, teniendo un siempre un Back de la de la misma cuando esto sea requerido. **22** mantener la reserva de la información suministrada durante la ejecución del contrato. **23**. cumplir con el cuadro de turnos concertado entre las partes atendiendo los requerimientos y necesidades del servicio. **24** verificar el inventario de medicamentos, material médico quirúrgico de las ambulancias y realizar oportunamente la solicitud de los insumos (Medicamentos y material médico quirúrgicos) en coordinación con el jefe del servicio. **B). OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:** 1. Cumplir con el objeto y obligaciones previstas en el contrato y el estudio previo correspondiente. **2.** Cumplir con los requisitos de ejecución del contrato y suscribir el acta de inicio. **3.** Asistir y participar en los comités, reuniones, talleres, juntas y demás eventos que le indique el supervisor y se relaciones con el objeto del contrato **4.** Mantener la reserva y confidencialidad de la información, documentos y resultados que conozca y obtenga directa o indirectamente con ocasión del servicio desarrollado y deberá abstenerse de divulgar en cualquier tiempo, por cualquier medio de comunicación o demás, e contenido total o parcial de la información que le sea encomendada para el desarrollo de este contrato. **5.** Mantener actualizado su domicilio durante el plazo de ejecución del contrato y cuatro meses más y presentarse a la Hospital de castilla la nueva en el momento en que se ha requerido por el mismo, para la suscripción de la correspondiente acta de liquidación en caso de que aplique. **6.** Mantener actualizado en el sistema de información y gestión del empleo público SIGEP, su hoja de vida con los respectivos soportes. **7.** Informar cualquier anomalía o dificultad que advierta en el desarrollo del contrato y proponer alternativas de solución a las misma. **8.** Cumplir con los pagos correspondientes al sistema general de seguridad social integral de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente. **9.** Presentar por escrito informes que solicite el Hospital a través del supervisor del presente contrato y presentar a satisfacción del supervisor informes mensuales de avance en los que se relaciones los servicios prestados, en cumplimiento del objeto contractual, las evidencias que soportan el cumplimiento del contrato y se aportaran en medio físico, magnético o digital según determine el supervisor. **10.** El contratista no podrá ceder el presente contrato a persona alguna o subcontratar el total o parcialmente el objeto del mismo, sin la autorización previa, expresa y escrita del Hospital de Castilla la nueva E.S.E. **11.** EL contratista deberá cumplir con las normas, decretos, resolución y circulares vigentes y aplicables en materia del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). **12.** El contratista deberá cumplir con los protocolos de bioseguridad, el esquema de vacunas, el uso de los elementos de protección personal, y demás acciones necesarias para proteger su integridad. **13**. El contratista deberá participar en todas las reuniones, capacitaciones, charlas, etc., convocadas por su SUPERVISOR, Gerencia, o líder de área que tenga relación con la prestación de su servicio. PARÁGRAFO: El contratista deberá acreditar la asistencia a las reuniones, capacitaciones, etc. Consignando dicha acreditación en el informe. **14.** El contratista participará activamente en la difusión de la información institucional en los médicos de comunicación personal con los que cuente. **CLÁUSULA OCTAVA - OBLIGACIONES DEL HOSPITAL** EL HOSPITAL se compromete para con EL CONTRATISTA a realizar las siguientes actividades del mismo. **1.** Cancelar el valor total del Contrato de

Prestación de Servicios, de conformidad con la forma estipulada en el mismo, siempre y cuando se haya dado estricto cumplimiento al objeto y dentro de la vigencia del mismo. **2.** Entregar al CONTRATISTA la información necesaria para el cabal cumplimiento del objeto del Contrato, así como la información, elementos y herramientas para los servicios, que se requiera para tal fin. **3.** Entregar al contratista la lista de los documentos que éste debe entregar para el pago. **4.** Comunicar oportunamente cualquier novedad o irregularidad que impida o afecte cumplir con el objeto del Contrato. **5.** Designar un supervisor en el manejo técnico y operativo del mismo. **6.** EL HOSPITAL entregará los criterios de calificación de la actitud de los profesionales en la práctica del servicio de salud y evaluará la adherencia a ellos, lo anterior como una forma de cumplir con los propósitos institucionales de Humanización del Servicio en Salud. **CLÁUSULA NOVENA - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN DEL EMPLEADO PÚBLICO:** Este Contrato de Prestación de Servicios no confiere la calidad de empleado público ni de trabajador oficial a EL CONTRATISTA y excluye todo reconocimiento legal que pueda derivarse de él. Este Contrato de Prestación de Servicios no genera derecho de permanencia en el servicio, ni vinculación laboral entre EL HOSPITAL Y EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO PRIMERO - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN PRESTACIONAL:** Por no estar sometido este Contrato de Prestación de Servicios al régimen laboral, no causa prestaciones sociales a cargo de EL HOSPITAL ni a favor de EL CONTRATISTA, tales como salarios, horas extras, auxilios, subsidios, seguros, primas, indemnizaciones, cesantías, servicios médicos, etc. en desarrollo y ejecución de dicho contrato. Las partes expresan que el vínculo existente entre ellas es eminentemente civil y que, por ende, estará regido por las normas consagradas en las legislaciones civil y comercial, y demás disposiciones concordantes previstas para este tipo de contrato y por ningún caso existirá relación laboral alguna entre EL HOSPITAL y EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO SEGUNDO – EJECUCIÓN AUTONOMA:** EL CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente Contrato con total autonomía técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume y sin subordinación con respecto al HOSPITAL. **PARÁGRAFO TERCERO – ENTENDIMIENTO DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL: EL CONTRATISTA ha recibido explicación clara y concisa de la vinculación contractual por parte de EL HOSPITAL, por lo cual entiende que el desarrollo de sus actividades profesionales son autónomas y se ciñen por las características propias de un contrato de prestación de servicios, a lo cual debe garantizar que de ninguna forma las condiciones del contrato muten e incurran en un contrato de realidad, por lo cual entiende que hay comunicación directa con GERENCIA para manifestar si alguna acción de funcionario o contratista incurre en acción de subordinar, para que este inmediatamente frene esta acción y tome acciones pertinentes. CLÁUSULA DECIMA – SUPERVISION:** La Supervisión del presente contrato estará a cargo del funcionario que designe la **GERENCIA** del Hospital, y el apoyo a la supervisión se delegará en profesionales que por su actividad contractual requieren direccionar las acciones del área a su cargo. El SUPERVISOR del contrato podrá requerir a EL CONTRATISTA para lograr el encausamiento del desarrollo del objeto contractual, para encausar el manejo técnico y operativo, buscando una concertación en el cumplimiento de las obligaciones contractuales. **CLÁUSULA DECIMA PRIMERA – GARANTIA UNICA:** EL CONTRATISTA en atención al valor del contrato no requerirá garantías para amparar el riesgo por cuanto en el estatuto de contratación de la entidad, en su artículo 8º, inciso tercero contempla la obligatoriedad para los contratos superiores a veinticinco (25) S.M.L.M.V. De igual forma, la Matriz de Riesgos no estableció la necesidad de suscribir garantías **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – LIQUIDACIÓN:** El presente CONTRATO no será objeto de liquidación de conformidad con el artículo 217 del Decreto Ley 019 de 2012, sin perjuicio de lo establecido en el Art. 18 de la Ley 80 de 1993, sin embargo, se suscribirá un Acta de Terminación para garantizar que la ejecución fue cumplida a cabalidad, y cesa cualquier tipo de obligación y/o vinculación entre las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA – DOCUMENTOS:** Los documentos que a continuación se relacionan, para todos los efectos hacen parte integral del Contrato de Prestación de Servicios y, en consecuencia, producen sus mismos efectos y obligaciones jurídicas y contractuales: **a)** Hoja de vida de persona natural. **b)** Estudio previo, **c)** Los demás documentos que legalmente se requieran y los que se produzcan durante el desarrollo del citado Contrato de Prestación de Servicios. **CLÁUSULA DECIMA CUARTA - RÉGIMEN LEGAL:** El presente Contrato de Prestación de Servicios se regirá en general por las normas civiles y comerciales vigentes aplicables, las cláusulas establecidas en este Contrato, el Estatuto Interno de

Contratación, y el Manual de Contratación de la entidad. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - MODIFICACIÓN, TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN UNILATERAL:** El Contrato de Prestación de Servicios podrá darse por terminado, modificado e interpretado unilateralmente por el HOSPITAL con sujeción a lo previsto en el Estatuto Interno de Contratación y el Manual de Contratación del Hospital de Castilla La Nueva. **PARAGRAFO:** Será causal de terminación unilateral expresa, la decisión tomada por el Comité de Control Interno Disciplinario (o por quien haga sus veces de control ético y/o profesional) por las faltas descritas en la ley y las normas internas, de igual forma, la constante situación de diferencias entre funcionarios o contratistas de la entidad, o con la existencia de UNA (1) queja o denuncia formal (probada) de los usuarios, originadas en actos de falla en la atención, actos ilegales, tráfico de influencias y en general cualquier conducta que atente contra la moral, principios y políticas de la entidad. Lo anterior con observancia del conducto regular y respeto al debido proceso. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Las partes acuerdan que para la solución de las diferencias y discrepancias que surjan de la celebración, ejecución, suspensión, terminación de este Contrato de Prestación de Servicios, acudirán a los procedimientos de transacción, amigable componedor o conciliación. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente Contrato de Prestación de Servicios se entiende perfeccionada con la firma de las partes y para su ejecución se requiere la expedición del respectivo registro presupuestal y la suscripción de la respetiva acta de inicio. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA – INDEMNIDAD:** Con ocasión de la celebración, ejecución y liquidación del presente contrato, EL CONTRATISTA se compromete y acuerda en forma irrevocable a mantener indemne al Hospital de Castilla La Nueva E.S.E. por cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA – RESPONSABILIDAD:** EL CONTRATISTA responde civil y penalmente tanto por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato como por los hechos u omisiones que le fueren imputadas y que causen daño o perjuicio al Hospital de Castilla La Nueva E.S.E. **PARAGRAFO:** se taza como clausula penal a favor de EL HOSPITAL el equivalente al 20% del valor del contrato, como consecuencia del incumplimiento parcial del contrato (incumplimiento de la obligaciones generales y especificas), cumplimiento defectuoso o nulo cumplimiento del objeto contractual, o no realizando las obligaciones Generales y/o especificas, u/o el objeto contractual en los términos específicos o en el término general que se habla en la cláusula de "PLAZO DE EJECUCIÓN" **CLAUSULA VIGESIMA - CESION DEL CONTRATO:** EL CONTRATISTA. No se podrá ceder total ni parcialmente el presente contrato a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito del Hospital de Castilla La Nueva E.S.E. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA – NOTIFICACIONES:** Para todos los efectos del presente contrato, las partes serán notificadas en las siguientes direcciones: EL HOSPITAL en la carrera 8 No. 15 vía Cacayal de Castilla La Nueva - Meta; EL CONTRATISTA en la Dirección: Vereda san Agustín finca la playita, Castilla La Nueva – Meta.. **Para constancia se firma en el municipio de Castilla La Nueva – Meta. A los once (11) día del mes de mayo del 2026.**

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS
Gerente

ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO
Contratista

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Cristian Camilo Torres Garcia Asesor Jurídico	Karen Dayanna Calvo Aguirre Subgerente Administrativo y Financiero	Martha Lucia Herrera Rios Gerente

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO

C.C: 1.006.862.967

Cumplió con los requisitos del ***curso*** *en:*

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – Resolución ***0459 de 2012 - 3100 de 2019***

Emitido el **09/02/2026** *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***48 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16937

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse a la línea WhatsApp 3123905971

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1006862967

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Orientar personas según características poblacionales y normativa de salud - NIVEL INTERMEDIO

Código: 230101266 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en VILLAVICENCIO. A los dieciseis (16) días del mes de Julio de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por

2820680 - 16/07/2026
No Y FECHA REGISTRO

GENY ASTRID LEON CURREA
Subdirectora (E) CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95320023010126626 2CC1006862967C.

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1006862967

Primer Nombre

andres

Primer Apellido

suarez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8227

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-10-02→3:30:07 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1006862967	ANDRES	FELIPE	SUAREZ	CHISCO	Vigente	V

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) ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO identificado(a) con CC 1006862967 registra La siguiente información:

2026-10-02→3:30:07 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2022-06-09	26288	GOBERNACION DEL META

La 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

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO

C.C: 1.006.862.967

Cumplió con los requisitos del ***curso*** *en:*

SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA – ACLS"
(RCP) Reanimación Cardio Respiratorio en Adultos

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por las organizaciones internacionales de reanimación tales como: (AHA) American Heart Association, (ERC) European Resuscitation Council, (ILCOR) International Liaison Committee on Resuscitation.

Emitido el **26/01/2026** *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*

Certificado por ***48 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse a la línea WhatsApp 3123905971

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO

C.C: 1.006.862.967

Cumplió con los requisitos del ***curso*** *en:*

SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB – BLS"
(RCP) Reanimación Cardio Respiratorio en Pediátricos y Adultos

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

*Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por las organizaciones internacionales de reanimación tales como: (**AHA**) American Heart Association. (**ERC**) European Resuscitation Council. (**ILCOR**) International Liaison Committee on Resuscitation.*

Emitido el **26/01/2026** *Válido por* **2 años** *a partir de la fecha*

Certificado por **20 horas**

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16937

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código **QR** o comunicarse a la línea WhatsApp **3123905971**

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO

ha participado y aprobado el curso virtual:

Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 70,00 %

27 de marzo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=65b24ddb-7d68-457c-8b5d-fd60417a7f7b

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO

C.C: 1.006.862.967

Cumplió con los requisitos del ***Diplomado*** *en:*

AIEPI COMUNITARIO
ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 0459 de 2012 - 3100 de 2019***

Emitido el **09/02/2026** *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*
Certificado por ***120 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el codigo QR o comunicarse a la linea WhatsApp 3123905971

NIT. 901495072 (2) - Matricula Mercantil 493359

MULTIMÉDICAS
CORPORACIÓN EDUCATIVA

Certifica que:

ANDRÉS FELIPE SUAREZ CHISCO

C.C. No: ***1.006.862.967***

Asistió y desarrolló el ***Curso*** *en:*

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIÓN CON AGENTES QUÍMICOS

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 3100 de 2019***

Certificado por ***40 horas*** *y válido por 2 años; Emitido el* ***15/07/2025***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURÁN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. # 16957

Libro 2 - Registro No. 014846 - Fecha de renovación, julio 14 de 2027

Para la verificación y autenticidad de este documento, comunicate vía WhatsApp a linea 3123905971

NIT 901495072-2 Matricula Mercantil 493359

Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

ANDRES FELIPE SUÁREZ CHISCO

C.C: 1.006.862.967

Cumplió con los requisitos del ***Curso*** *en:*

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia – ***Resolución 3100 de 2019 - 1166 de 2018***

Emitido el **09/02/2026** *Válido por* ***2 años*** *a partir de la fecha*

Certificado por ***48 horas***

JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas

DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16957

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse a la línea WhatsApp 3123905971

NIT. 901495072 (2) - Matrícula Mercantil 493359

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:

Andres Felipe Suarez Chisco

CC 1006862967 de Castilla La Nueva - Meta

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-12-19
Fecha de vencimiento: 2027-12-19

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

17 de febrero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PUBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=ad828a26-92d6-4961-9500-f589ad330ba6

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ANDRES FELIPE SUAREZ CHISCO

ha completado satisfactoriamente el Curso virtual sobre

Medición automática precisa de la presión arterial

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

17 de febrero de 2026

Este certificado es válido hasta por 6 meses después de su emisión

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA
RESOLVE TO SAVE LIVES
HEARTS
Hypertension CANADA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=ff2d26bc-4759-45d2-852c-9b450450c9a9

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:

Andres Felipe Suarez Chisco

CC 1006862967 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-10-13
Fecha de vencimiento: 2026-10-13

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Sale el 9/oct
con inicio del 11

Hospital E.S.E. CASTILLA LA NUEVA	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA
	FORMATO CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	DOCUMENTO CONTROLADO
	DE-F-04	5/04/2025	05	Página 1 de 1

CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.,

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en su artículo 2.2.1.2.1.4.9, faculta contratar con una sola oferta bajo la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. En este mismo sentido, el Estatuto Interno de Contratación de la entidad, en sus artículos 18 y 19 señala las razones para contratar mínimo con una sola propuesta.

Que, las normas citadas con anterioridad, exhortan a la entidad para verificar **LA IDONEIDAD Y LA EXPERIENCIA REQUERIDA Y RELACIONADA**, acorde con los requisitos exigidos en el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación.

HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Andres Felipe Suarez Chisco, con CC No. 1006.862967 de Castilla la Nueva se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-368

Verificado por:

YULY VIVIANA MORA GARCIA
Técnico Administrativo del SG-SST
Verificó Sistema de Seguridad Social y Ocupacional

KAROL MILENA GIRALDO PEÑA
Profesional – Talento Humano Subg. A.F.
Verificó Idoneidad por Perfil Profesional SIGEP II

DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA
Profesional de Planeación, Calidad y Desarrollo
Verificó Idoneidad por Perfil Área Asistencial

Camila H

CAMILA HERNANDEZ RUIZ
Profesional Contratación
Contratista