Julian Alberto Bernal
021..

OK
Rocio
09/21

| LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | DOCUMENTOS | FOLIO | CUMPLE | | | RESPONSABLE |
| | | | SI | NO | NO APLICA | |
| | **ETAPA PREPARATORIA** | | | | | |
| 1 | FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA | 03 | ✓ | | | |
| 2 | GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo | 04-15 | ✓ | | | SUPERVISOR |
| 3 | SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | 16 | ✓ | | | SUPERVISOR |
| | **ETAPA PRECONTRACTUAL** | | | | | |
| 4 | PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II | 17 | ✓ | | | |
| 5 | PROPUESTA | 18 | ✓ | | | |
| 6 | CARTA DE ACEPTACIÓN (firma gerente) | 19 | ✓ | | | SUPERVISOR |
| 7 | HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP | 20-21 | ✓ | | | |
| 8 | CERTIFICADOS DE ESTUDIOS (títulos y certificaciones de educación formal y no formal; copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el estado) | 22 - 25 | ✓ | | | |
| 9 | CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos) | 26-28 | ✓ | | | |
| 10 | COPIA DE LA RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL | | | | X | |
| 11 | POLIZA - Responsabilidad medica vigente ( Si la vigencia de la poliza esta proxima a vencer es necesario que el contratista realice la renovacion de la misma teniendo en cuenta que tambien es un requisito de la etapa Contractual) | 29 - 30 | ✓ | | | |
| 12 | TARJETA PROFESIONAL (copia del certificado o la tarjeta de inscripción ante la secretaría Departamental del Tolima) | 31 | ✓ | | | |
| 12 | SOPORTE VITAL AVANZADO - VENCIMIENTO 2 AÑOS | | | | | |
| | ACLS (apoyo vital cardiovascular) y ATLS (apoyo vital traumatológico avanzado para los médicos de urgencias-fecha de vencimiento 2 años ATLS-PALS-NALS) | | | | X | |
| | REANIMACIÓN AVANZADA PEDIÁTRICA PALS (apoyo vital pediátrico avanzado para enfermeras y médicos de UCI pediátrico-fecha de vencimiento 2 años PALS) | | | | X | |
| | REANIMACIÓN AVANZADA NEONATAL NALS (para enfermeras y médicos de UCI Neonatal - fecha de vencimiento 2 años NALS) | | | | X | |
| 13 | Diplomado y/o experiencia en manejo de pacientes críticos, adultos, pediátricos o neonatal (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud). | | | | X | |
| 14 | SALUD MENTAL: Certificado de formación para atención al paciente de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y adicciones (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud, trabajador social). Excepto el psiquiatra. | | | | X | |
| 15 | HOSPITALIZACIÓN 6 PISO PEDIATRÍA: Certificado de formación para atención al paciente oncologico pediatrico. (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud). | | | | X | |
| 16 | ONCOLOGÍA: Certificado de formación para atención al paciente oncológico (Médicos generales, Profesionales de enfermería, terapeutas, auxiliares área salud).<br>QUÍMICO FARMACÉUTICO: acciones de formación cuidado integral de paciente adulto y pediátrico con quimioterapia | | | | X | |
| 17 | HEMODINAMIA / CARDIOLOGÍA: Profesional de enfermería: acciones de formación en realización de procedimientos ofertados | | | | X | |
| 18 | UNIDAD RENAL: Constancia de acciones de formación en atención del paciente en diálisis renal (Médico, Profesional de Enfermería, Auxiliar de Enfermería) y control de complicaciones más frecuentes del servicio (Médico) | | | | X | |
| 19 | UNIDAD DE QUEMADOS: Constancia de acciones de formación en atención del paciente quemado (Médico, Profesional de Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Terapia) (Excepto el cirujano Plástico) | | | | X | |
| 20 | Soporte Vital Básico - RCP / BLS ( Auxiliares area Salud e Instrumentadores Quirúrgicos) | | | | X | |
| 21 | Soporte Vital Avanzado / ACLS ( Médicos generales, Especialistas, Profesionales de Enfermería, Terapeutas Respiratorios, Fisioterapeutas). | 32 | ✓ | | | |
| 22 | Cuidado del Donante expedido por institución avalada por el INS (Médicos Generales y especialistas hospitalización, urgencias, UCIA, UCIP,UCIN y Quirófano). | 33 | ✓ | | / | |
| 23 | Constancia de asistencia acciones de formación en gestión operativa de la donación (Médicos especialistas UCI, Médicos generales UCI) | | | | X | |
| 24 | Curso gestión pre-transfusional ( Bacteriólogas). | | | | X | |
| 25 | Toma de muestras de Laboratorio Clínico (Profesionales de enfermería, - Auxiliares de Enfermería). | | | | X | |
| 26 | Administración de medicamentos (Profesionales de enfermería, - Auxiliares de Enfermería). | | | | X | |

| LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CUMPLE | | | |
| 27 | Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Todo personal asistencial) | 34 | ✓ | | | |
| 28 | Transfusión Sanguinea (Profesionales de enfermería, Auxiliares de enfermería y médicos generales). | | | | X | |
| 29 | Curso toma de muestras de laboratorio en punto del paciente POCT (Médicos generales, Profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, bacteriólogos y terapeutas respiratorias) | | | | X | |
| 30 | Gestion del duelo ( Todo personal asistencial) | 35 | ✓ | | | |
| 31 | Atención a víctimas de ataques con agentes químicos( Médicos generales, Profesionales de enfermería, y auxiliares de enfermería) | | | | X | |
| 32 | Curso manejo del dolor y cuidado paliativo. ( Médicos) | 36 | ✓ | | | |
| 33 | Acción de formación continua en manejo del paciente oncológico (Profesionales enfermería, auxiliares de enfermería, Médicos Generales del servicio) | | | | X | |
| 34 | Curso emergencias obstétricas - Sala de Partos ( Médicos generales, Profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería) | | | | X | |
| 35 | CERTIFICADO FORMACIÓN EN SEDACIÓN (médicos generales) | | | | X | |
| 36 | ENTRENAMIENTO UCI (médico UCI) | | | | X | |
| 37 | CERTIFICACIÓN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE ÓRGANOS (especialistas UCI) | | | | X | |
| 38 | TARJETA PROFESIONAL Y CARNETS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (médicos y técnicos en imágenes) | | | | X | |
| 39 | CERTIFICACIÓN DE CURSO - VÍCTIMAS VIOLENCIA (médicos generales y especialistas) | | | | X | |
| 40 | CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-HFLL-politica de humanización en conjunto con el programa de humanización) | 37. | ✓ | | | |
| 41 | ANTECEDENTES PROFESIONALES (vigencia menor a 3 meses) | 38 | ✓ | | | |
| 42 | VERIFICACION RETHUS (menor a 1 mes) | 39 | ✓ | | | |
| 43 | LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA | 40 | ✓ | | | |
| 44 | FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150% | 41 | ✓ | | | |
| 45 | RUT ACTUALIZADO (vigencia menor a 3 meses) | 42 | ✓ | | | |
| 46 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORÍA (vigencia menor a 3 meses) | 43 | ✓ | | | |
| 47 | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (vigencia menor a 3 meses) | 44 | ✓ | | | |
| 48 | ANTECEDENTES JUDICIALES POLICÍA (menor a 3 meses) | 45 | ✓ | | | |
| 49 | SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://srvpsi.policia.gov.co/psc/frm_cnp_consulta.aspx) | 46 | ✓ | | | |
| 50 | CARTA - CONCENTIMIENTO PARA VERIFICAR ANTECEDENTES EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR LA COMISION DELITOS SEXALES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VA EJECUTAR EL CONTRATO (conforme a lo establecido en la ley 1918 de 2018 y el decreto reglamentario 753 de 2019, revise mis antecedentes en el registro de inhabilidades por la comisión de delitos sexuales contra menores de edad) | 47 | ✓ | | | |
| 51 | CERTIFICADO RESULTADO DE LA CONSULTA - DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS (ley 1918 de 2018. - https://inhabilidades.policia.gov.co) | 48 | ✓ | | | |
| 52 | PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (cuando aplique) | | | | X | |
| 53 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS (menor a 3 meses) | 49 | ✓ | | | |
| 54 | CERTIFICADO AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN (menor a 3 meses) | 50 | ✓ | | | |
| 55 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A ARL (cuando aplique/menor a 3 meses) | 51 | ✓ | | | |
| 56 | GA-FR-153 Aceptación de Notificación Por Medios Electrónicos | 52 | ✓ | | | |
| 57 | CERTIFICADO CUENTA BANCARIA (activa) | 53 | ✓ | | | |
| 58 | CERTIFICADO VACUNA HEPATITIS (vencimiento 10 años) | 54 | ✓ | | | |
| 59 | CERTIFICADO VACUNA TÉTANO (vencimiento 10 años) | 55 | ✓ | | | |
| 60 | CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION | 56 | ✓ | | | |
| 61 | ANTICUERPOS HB MAYORES DE 10 U/L (vencimiento 5 años) | 57 | ✓ | | | |
| 62 | CERTIFICADO VACUNA VARICELA Y/O GA-FR-111 (formato que certifique que la adquirió) | 58 - 60 | ✓ | | | |
| 63 | EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL (vigencia menor a dos años) | 61 | ✓ | | | |
| 64 | CERTIFICADO EXPOSICION IONIZANTES (radiólogos) | | | | X | |
| 65 | FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES - PERSONA NATURAL-DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019 | 62 - 64 | ✓ | | | |
| 66 | GA-FR-099- FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL (VoBo, Revisado previamente por el area encargado) | 63-64 | ✓ | | | |
| 67 | FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano) | 65 | ✓ | | | SUPERVISOR |
| 68 | CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor) | 66 | ✓ | | | SUPERVISOR |

| LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ASISTENCIAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CUMPLE | | | |
| 69 | GA-FR-138-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN | 67 | ✓ | | | |
| 70 | GA-FR-136 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | 68 | ✓ | | | |
| 71 | GA-FR-168-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES | 69 | ✓ | | | |
| 34 | CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021 | 70 | ✓ | | | |
| 73 | FORMATO SOLICITUD DE REGISTRO PRESUPUESTAL | 71 | ✓ | | | |
| | ETAPA CONTRACTUAL | | | | | |
| 74 | CONTRATO | | | | | JURIDICA |
| 75 | REGISTRO PRESUPUESTAL | | | | | PRESUPUESTO |
| 76 | PÓLIZAS (cumplimiento-responsabilidad civil extracontractual- aprobadas-responsabilidad medica vigente que cumpla con la duracion del contrato) | | | | | |
| 77 | RECIBO PAGO PÓLIZAS | | | | | |
| 78 | ESTAMPILLAS (Si aplica) | | | | | |
| 79 | CERTIFICADO AFILIACIÓN ARL | | | | | JURIDICA |
| 80 | CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN | | | | | JURIDICA |
| 81 | ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO | | | | | SUPERVISOR |
| 82 | GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO | | | | | SUPERVISOR |
| | TOTAL FOLIOS | | | | | |

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

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

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

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

**ENTREGA**

**RECIBE** **REVISA**

folio N°01-06: corregido el valor en letras

folio N: 17 corregido.

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | jabernela1305@gmail.com | | | |
| PRIMER NOMBRE | Julián | | | | | SEGUNDO NOMBRE | | Alberto | | | |
| PRIMER APELLIDO | Bernal | | | | | SEGUNDO APELLIDO | | Ayala | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) | 05/04/1993 | | | LUGAR DE NACIMIENTO | | Bogotá | | RH | A+ | | |
| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | CC | X | CE | | NÚMERO DE DOCUMENTO | | 1018 459 716 | | | | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN | Bogotá D.C. | | | GENERO | | Masculino | | EDAD | 33 | | |
| ESTADO CIVIL | casado | NÚMERO DE HIJOS | 0 | TELEFONO CELULAR | | 3017516573 | | TELEFONO FIJO | 0 | | |
| DIRECCIÓN ACTUAL | Kr 17c No 78-42 Apto 705 | | | | | CIUDAD | | Bogotá | | | |
| TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD | | SI | | NO | X | ¿CUAL? | | | | | |
| N° LIBRETA MILITAR (Cuando Aplique) | 1018 459716 | | | | | DISTRITO MILITAR (Cuando Aplique) | | 004 | | | |
| PROFESIÓN | INGENIERO FISICO | | | | | ESPECIALIZACIÓN | | MGISTER EN FISICA MEDICA | | | |
| NIVEL DE RIESGO SEGÚN ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR | 1 | | 2 | | 3 | X | 4 | | 5 | | |
| N° TARJETA PROFESIONAL (Cuando Aplique) | 1018 459 716 | | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | | 27/02/2018 | | | |
| EPS | Sanitas | | | | | FONDO DE PENSION (AFP) | | Skandia | | | |
| ARL | Positiva | | | | | FUNCIÓN A DESEMPEÑAR | | otorrinolaringología | | | |
| ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO | | | | | | | | | | | |
| CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACION DE DOCUMENTOS | SI | | NO | | NUMERO DE CONTRATO | | FECHA DE TERMINACION | | | | |
| TENGA EN CUENTA QUE NO DEBE HABER CONTRATOS CON UN MISMO OBJETO CONTRACTUAL EN EJECUCION SIMULTANEA. | | | | | | | | | | | |
| ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE-AFILIACIÓN ARL PERSONA NATURAL | | | | | | | | | | | |
| CONTRATO NUMERO | | | | | | | FECHA DE SUSCRIPCIÓN (FIRMA) | | | | |
| DURACIÓN DEL CONTRATO | MESES | | DIAS | | | | | | | | |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | | | | | | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO | | | | | |
| FECHA DE INICIO COBERTURA ARL | | | | | | FECHA DE TERMINACIÓN COBERTURA ARL | | | | | |
| VALOR | | | | | | | | | | | |

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

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

| E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA | |
|---|---|
| **ESTUDIOS PREVIOS** | |
| | |
| **CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL** | |
| Fecha de elaboración del Estudios Previos | OCTUBRE DE 2026 |
| Nombre del funcionario que diligencia el Estudio Previo | YOHANA MILENA GARZON RODRIGUEZ |
| Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato | UNIDAD FUNCIONAL AMBULATORIOS |
| Dependencia solicitante | UNIDAD FUNCIONAL AMBULATORIOS |
| Tipo de Contrato | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| Presupuesto Oficial | **$100.000.000.00 CIEN MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE** |
| Rubro del Presupuesto Oficial | 2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01 SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS |
| | |
| **Descripción de la Necesidad** | |
| **Justificación** | El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E, ubicado en la ciudad de Ibagué del Departamento de Tolima, es la empresa de referencia en la red pública de mediana y alta complejidad, para la atención de la población de los 47 municipios del Departamento.<br><br>Teniendo en cuenta que El Hospital cumple con la importante misión de proporcionar servicios de atención médica a la población del departamento del Tolima y a la com[illegible]d en general. Nuestra cobertura incluye a entidades habilitadas para los regímenes contribu[illegible]idiado, así como a aquellos con planes adicionales de medicina preparada y pólizas de[illegible]demás, extendemos nuestros servicios a entidades bajo el régimen de excepci[illegible]omo a Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) tanto públicas como privadas.<br><br>Contamos con servicios de mediana y alta complejidad habili[illegible]sedes, Francia y Limonar. Esta amplia cobertura refleja nuestro compromiso con [illegible]ilidad y la equidad en la prestación de servicios de salud. Buscamos atender a div[illegible]laciones y colaborar con una variedad de entidades para garantizar que nuestros [illegible]stén disponibles para todos, contribuyendo así al bienestar general y la salud de la com[illegible]a la que servimos.<br><br>Por ser el Hospital Federico Lleras Acosta la Institución de mayor complejidad y referente en el Departamento, se hace necesario contar con especialista médico que dé respuesta a las necesidades de los tolimenses, es por esta razón que se requiere contar con la especialidad de OTORRINOLARINGOLOGIA, con alta preparación en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del oído, vía aérea superior, nariz, senos paranasales y las estructuras próximas de la cara y el cuello, capacitado para manejar de manera óptima tanto clínica como quirúrgicamente las patologías de la especialidad. |

| | |
|---|---|
| | La figura del médico OTORRINOLARINGOLOGO es esencial para el funcionamiento del hospital, porque maneja patologías graves de oído, nariz y garganta (ORL), incluyendo cirugías avanzadas de cabeza y cuello, base de cráneo (tumores, meningiomas), y problemas de vía aérea, audición y equilibrio, integrándose con otras especialidades como neurocirugía, oncología y cirugía plástica para dar soluciones integrales y salvar vidas, más allá de lo que puede resolver la atención primaria.<br><br>• Manejo de Patologías Graves: Abordan desde infecciones severas de oído hasta tumores complejos en cabeza y cuello, glándulas tiroides y paratiroides.<br>• Cirugía de Alta Tecnología: Realizan procedimientos endoscópicos y microquirúrgicos en la base del cráneo, que requieren infraestructura avanzada y personal altamente especializados.<br>• Integración Multidisciplinaria: Colaboran estrechamente con neurocirugía, oftalmología, oncología, radiología y cirugía plástica para tratamientos complejos (ej. tumores hipofisarios, reconstrucciones faciales).<br>• Abordaje de la Vía Aérea: Son vitales para resolver obstrucciones graves de la vía aérea, problemas de deglución (disfagia) y afecciones laríngeas que amenazan la vida.<br><br>Finalmente es importante indicar que con esta contratación el Hospital Federico Lleras Acosta podrá responder positivamente como un proyecto sólido dentro del sistema de salud que avanza hacia la consolidación de su plataforma organizacional y nuestra propuesta de valor: "Nuestros servicios están orientados al paciente y su familia garantizando un trato humanizado, con calidad en el servicio y seguridad en el manejo medico con una propuesta de integralidad única en el departamento". |
| **Descripción y Especificaciones del objeto a contratar** | |
| **Objeto del Contrato** | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADOS EN **OTORRINOLARINGOLOGIA** PARA EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E. |

| **Identificador con el clasificador de bienes y servicios** | | |
|---|---|---|
| segmento | 85 | Servicios de Salud, servicios profesionales. |
| familia | 8512 | Práctica Médica |
| Clase | 851216 | Servicios de Médicos Especialistas |

| | |
|---|---|
| **Especificaciones Técnicas** | Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento:<br><br>• Título Universitario: Médico<br>• Especialista en Otorrinolaringología<br>• Con experiencia de dos años en la especialidad. |
| **Plazo del Contrato** | Tres (3) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio previo cumplimiento de los requisitos de ejecución o hasta agotar presupuesto. |

| | |
|---|---|
| **Lugar de Ejecución del Contrato** | Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, E.S.E. |
| **Forma de Pago** | El contratante pagará en la modalidad **POR EVENTO** el valor de los servicios contratados de OTORRINOLARINGOLOGIA **así:** |

- Para todos los procedimientos y Cirugía de otorrinolaringología contemplados en los contratos entre el hospital y los aseguradores, se reconocerá a la tarifa pactada con las EPS y el menos el 15% por concepto de honorarios médicos.
- Los procedimientos que estén fuera del contrato, se reconocerán según lo facturado por el hospital a la EPS menos el 15% por concepto de honorarios médicos.
- Consultas, juntas médicas (por especialista), valoraciones e Interconsultas a tarifa pactada con las EPS menos el 15%.

**NOTA1:** la interconsulta se cancelará siempre y cuando no genere procedimiento Y/O evento quirúrgico o procedimientos.

- Para los procedimientos de tarifas propias que se contemplen en los contratos entre el Hospital con las EPS y/o aseguradores, se pagara el concepto de honorarios médicos menos el 15%, según la siguiente tabla: (resolución 3454 del 28 de diciembre 2023)

| CODIGO INTERNO | DESCRIPCION | VALOR |
|---|---|---|
| 218301 | RECONSTRUCCIÓN NASAL TOTAL CON INJERTO | $ 4.000.000 |
| 218901 | REIMPLANTACION DE NARIZ AMPUTADA | $ 4.000.000 |
| 550000 | NASOLARINGOSCOPIA | $ 840.000 |
| 211204 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ VIA ABIERTO | $ 475.800 |
| 211301 | DRENAJE ABSCESO O HEMATOMA TABIQUE NASAL | $ 316.200 |
| 218001 | RESECCION O ABLACION DE LESION DE PIRAMIDE NASAL | $ 316.200 |
| 218901 | REIMPLANTACION DE NARIZ AMPUTADA | $ 4.000.000 |
| 219002 | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FOSA NASAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA | $ 475.800 |
| 219003 | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FOSA NASAL VÍA ABIERTA | $ 770.100 |
| 219004 | RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA | $ 1.839.200 |
| 219010 | INFILTRACION DE CORNETES | $ 232.600 |
| 219201 | TURBINECTOMIA VIA TRANSNASAL | $ 232.600 |
| 219202 | TURBINECTOMIA | $ 475.800 |
| 219303 | TURBINOPLASTIA | $ 475.800 |
| 219604 | CIERRE PERFORACION SEPTAL INCLUYE INJERTO | $ 1.002.400 |
| 222108 | PUNCION SENO MAXILAR | $ 316.200 |
| 222109 | ASPIRACION O LAVADO O DRENAJE DE SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA | $ 770.100 |
| 225302 | INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA | $ 770.100 |

| CODIGO | CUPS | DESCRIPCIÓN | Valor Honorarios |
|---|---|---|---|

| INTERNO | | | |
|---|---|---|---|
| 530082 | 306003 | VIDEOLARINGOESTROBOSCOPIA | 840.000 |
| 550000 | 306001 | VIDEO NASOLARINGOSCOPIA | 840.000 |
| 550001 | 300202 | RESECCIONES Y PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICAS LARINGOTRAQUEALES | 650.500 |
| 550002 | 300202 | RESECCIONES ENDOSCOPICAS LARINGOTRAQUEALES CON LASER O RADIOFRECUENCIA | 1.002.400 |
| 550003 | 302411 | TIROPLASTIA TIPO I DE MEDIALIZACION DE PLIEGUE VOCAL | 1.760.000 |
| 550004 | 302411 | TIROPLASTIA TIPO II EXPANSION LATERAL DE LOS PLIEGUES VOCALES | 1.760.000 |
| 550005 | 302411 | TIROPLASTIA TIPO III O LARINGOPLASTIA DE RELAJACION O ACORTAMIENTO DE LOS PLIEGUES VOCALES CON DISMINUCION DEL PITCH VOCAL | 1.760.000 |
| 550006 | 302411 | TIROPLASTIA TIPO IV PARA AUMENTO DEL PITCH VOCAL O FEMINIZACION DE LA VOZ | 1.760.000 |
| 550007 | 302411 | TIROPLASTIA TIPO V O DE ADUCCION DE ARITENOIDES | 1.760.000 |
| 550008 | 032001 | CORDOTOMIA POSTERIOR CON ARITENOIDECTOMIA PARCIAL CON LASER O RADIOFRECUENCIA | 1.760.000 |
| 550009 | 040705 | NEURECTOMIA DEL NERVIO TIROARITENOIDEO COMO TRATAMIENTO QUIRUGICO DE LA DISFONIA ESPASMODICA | 1.760.000 |
| 550010 | 300402 | LISIS ENDOSCOPICA DE MEMBRANA GLOTICA ANTERIOR ADQUIRIDA CON ELBARORACION DE COLGAJOS, APLICACIÓN DE MITOMICINA C, TISSUCOL Y COLOCACION DE UNA QUILLA DE SILICONA CON FIJACION EXTERNA | 1.760.000 |
| 550012 | 302103 | CIERRE DE LESIONES DE LA HENDIDURA BRANQUIAL | 1.760.000 |
| 550013 | 302103 | CIERRE DE UN DIASTEMA LARINGEO CONGENITO | 1.760.000 |
| 550015 | 302102 | CIERRE DE UNA HENDIDURA LARINGO-TRAQUEO-CUTANEO-FARINGOESOFAGICA CONGENITA POR CERVICOTOMIA | 1.760.000 |
| 550016 | 302103 | CIERRE DE UN DIASTEMA LARINGOTRAQUEAL CONGENITO | 1.760.000 |
| 550017 | 301106 | LARINGECTOMIA FRONTAL ANTERIOR CON EPIGLOTOPLASTIA | 1.760.000 |
| 550018 | 301108 | LARINGECTOMIA SUPRACRICOIDEA CON CRICOHIOIDOPEXIA | 1.760.000 |
| 550019 | 301108 | LARINGECTOMIA SUPRACRICOIDEA CON CRICO HIODO EPIGLOTOPEXIA | 1.760.000 |
| 550020 | 301108 | LARINGECTOMIA SUPRAGLOTICA | 1.760.000 |
| 550021 | 301108 | LARINGECTOMIA SUPRAGLOTICA EXTENDIDA A LA BASE DE LA LENGUA | 1.760.000 |
| 550022 | 313301 | CREACION DE UNA FISTULA ESOFAGOTRAQUEALCON POSTURA DE IMPLANTE FONATORIO POR ENDOSCOPIA | 1.760.000 |
| 550023 | 300402 | RESECCION DEL SULCUS VOCALIS EN PLIEGUE VOCAL CON INJERTO DE PREFASCIA DEL MUSCULO TEMPORAL Y APLICACIÓN DE SELLANTE DE FIBRINA | 1.760.000 |
| 550024 | 300103 | RESECCION ENDOSCOPICA DE QUISTE VENTRICULAR(MARSUPIALIZACIÓN) | 475.800 |
| 550025 | 300202 | RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION EN LARINGE | 650.500 |
| 550026 | 300402 | RESECCION ENDOSCOPICA DE ADHERENCIAS DE LARINGE | 650.500 |
| 550027 | 305102 | EXTRACCION ENDOSCOPICA RIGIDA O FIBRA OPTICA DE CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE | 650.500 |
| 550028 | 313103 | EXTRACCION ENDOSCOPICA RIGIDA O FIBRA OPTICA DE CUERPO EXTRAÑO EN TRAQUEA | 650.500 |
| 550029 | 313103 | EXTRACCION ENDOSCOPICA (RIGIDA O DE FIBRA | 650.500 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | OPTICA) DE LESION EN TRAQUEA CON PINZA DE BIOPSIA | |
| 550030 | 315104 | RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION EN TRAQUEA | 650.500 |
| 550031 | 319201 | DILATACION ENDOSCOPICA DE LA TRAQUEA | 650.500 |
| 550032 | 306201 | (DILATACION ENDOSCOPICA DE LA LARINGE) | 650.500 |
| 550033 | 306302 | EXTRACCION DE MOLDE LARINGEO VIA ENDOSCOPICA | 650.500 |
| 550035 | 313301 | (EXTRACCION DE MOLDE TRAQUEAL VIA ENDOSCOPICA) | 650.500 |
| 550036 | 301202 | EPIGLOTECTOMIA PARCIAL ENDOSCOPICA CON LASER O RADIOFRECUENCIA | 2.000.000 |
| 550037 | 301304 | ARITENOIDECTOMIA ENDOSCOPICA CON LASER O RADIOFRECUENCIA | 2.000.000 |
| 550038 | 315104 | RESECCION ENDOSCOPICA (RIGIDA O DE FIBRA OPTICA) DE LESION EN TRAQUEA CON LASER O RADIOFRECUENCIA | 2.000.000 |
| 550039 | 301404 | CORDECTOMIA LARINGEA ENDOSCOPICA CON LASER O RADIOFRECUENCIA | 2.000.000 |
| 550040 | 301402 | CORDOTOMIA POSTERIOR ENDOSCOPICA CON LASER O RADIOFRECUENCIA | 2.000.000 |
| 550042 | 301404 | CORDECTOMIA ENDOSCOPICA CON LASER O RADIOFRECUENCIA PARA TRATAMIENTO DEL CANCER TEMPRANO DE LARINGE | 2.000.000 |
| 550043 | 300202 | DILATACION Y/O RESECCION ENDOSCOPICA DE ESTENOSIS DE LA LARINGE CON LASER O RADIOFRECUENCIA | 2.000.000 |
| 550044 | 319601 | INYECCION ENDOSCOPICA INTRATRAQUEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DE ACCION LOCAL | 594.500 |
| 550045 | 300202 | RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION EN LARINGE CON LASER O RADIOFRECUENCIA | 2.000.000 |
| | 972300 | SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA | |

**Para el pago, el CONTRATISTA deberá aportar la siguiente documentación:**

1. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de acuerdo al periodo certificado.
2. Factura de acuerdo a las normas tributarias.
3. Documento que pruebe que se encuentra al día en el pago de Salud, Pensión y ARL, del mes que corresponde a la ejecución.
4. Informe de Actividades.
5. Informe de supervisión.
6. Acta de inicio del contrato. (Primera cuenta).
7. Afiliación ARL (Primera cuenta).

PARÁGRAFO 1: El valor del contrato se cancelará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la radicación de la factura.

PARÁGRAFO 2: En los contratos celebrados por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima Empresa Social del Estado, en caso de mora en el pago, esta se generará a partir de la solicitud que realice el contratista a la entidad y se cancelará solo un interés de mora del 0.1%

PARÁGRAFO 3: El contratista deberá cumplir con las condiciones señaladas en la forma de pago.

PARÁGRAFO 4: Por ningún motivo el contratista podrá presentar más de dos cobros o facturas, en un mismo mes.

PARÁGRAFO 5: La factura deberá ser radicada según cronograma de la entidad.

| VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANÁLISIS ECONÓMICO JUSTIFICADO | |
|---|---|
| El valor Estimado para la presente contratación es de: | **$100.000.000.00 CIEN MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE** |

**ESTUDIOS DE MERCADO**

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

| MES | 2025 | 2026 |
|---|---|---|
| Febrero | | $ 47.779.914 |
| Marzo | $ 39.180.703 | $ 44.190.045 |
| Abril | $ 30.845.431 | $ 48.603.490 |
| Mayo | $ 45.532.749 | $ 41.074.465 |
| Junio | | $ 33.974.807 |
| Julio | $ 57.940.315 | $ 31.t429.853 |
| Agosto | $ 46.773.155 | $ 23.726.509 |
| Septiembre | $ 35.454.754 | $ 50.372.237 |
| Octubre | $ 37.760.952 | |
| Noviembre | $ 37.831.279 | |

**ANÁLISIS REALIZADO**

Teniendo en cuenta que, durante los años 2024 y 2025, el Hospital contrató los servicios médicos especializados de OTORRINOLARINGOLOGIA con un promedio mensual facturado de 45 millones de pesos, dependiendo de la demanda de los servicios; y que durante los últimos meses se observa una alta demanda de los procedimientos de esta especialidad que se ve reflejada en el aumento de la facturación. Se concluye que se requiere la contratación de personal especializado en OTORRINOLARINGOLOGIA para garantizar la atención de los pacientes hospitalizados, urgentes o ambulatorios.

**GARANTÍAS DEL CONTRATO**

| | Tipo o Clase de Garantía | Cobertura o Niveles de Amparo | Valores | Vigencia |
|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | GARANTÍAS DEL CONTRATO | Cumplimiento del contrato: | Para prevenir los perjuicios que se deriven del incumplimiento de las obligaciones contractuales incluidas las multas y la cláusula penal que se pacten en el contrato. | El valor de esta garantía debe ser del diez por ciento (10%) del valor del contrato. | La garantía de cumplimiento del contrato debe tener una vigencia mínima hasta la liquidación del contrato. |
| | | Responsabilidad civil Extracontractual | para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato su cuantía se establecerá | Su cuantía será de Doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes 200 SMMLV | La vigencia de esta garantía deberá ser igual al período de ejecución del contrato. |
| | | Póliza de responsabilidad médica: | Para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato | Su cuantía será de Doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes 200 SMMLV | La vigencia corresponderá al plazo del contrato. |
| | | PÓLIZA DE CALIDAD DEL SERVICIO | Para prevenir los perjuicios que se deriven de la falta de calidad en la ejecución de las actividades que se muestran durante la ejecución del contrato o incluso después de este. | Su cuantía será del veinte por ciento (20%) del valor del contrato | Por el término del contrato y un (1) año más |

| | |
|---|---|
| **Obligaciones del Contratista** | **OBLIGACIONES GENERALES:**<br><br>1. Suscribir oportunamente el acta de inicio y el acta de liquidación del contrato, conjuntamente con el/la supervisor/a del mismo, cuando corresponda.<br>2. Entregar al supervisor los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, así como los informes y archivos a su cargo, requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo (Cuando aplique).<br>3. Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como, respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras, creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato.<br>4. Realizar el pago de los aportes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato, y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago para personas naturales. Cuando se trate de personas jurídicas. Entregar para cada pago, la certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, que acredite el cumplimiento del pago de aportes al sistema de seguridad social integral, parafiscales, ICBF, SENA y cajas de compensación familiar de los últimos seis (6) meses, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 o aquella que lo modifique, adicione o complemente.<br>5. Realizar el cargue de los documentos requeridos en la plataforma del SECOP II, respecto a la información de póliza, estampillas, documento equivalente y/o factura, informes de ejecución y terminación del contrato.<br>6. El objeto contractual deberá ejecutarse de conformidad con las finalidades y los principios de economía y transparencia, consagrados en la Ley 80 de 1993 y los postulados de la función administrativa consagrados en el artículo 209 de la Constitución Política. En desarrollo del objeto contractual el contratista se obliga a cumplir a cabalidad con las |

actividades que se describen en el contrato.

7. El contratista deberá tener en cuenta que las actividades descritas en su propuesta se prestarán bajo su exclusiva responsabilidad y en consecuencia, deberá suministrar todos los recursos e implementos tendientes a lograr la adecuada, suficiente y eficiente prestación del servicio que se solicita.
8. Acatar la Constitución Política, la Ley, las normas legales y procedimentales establecidas por el Gobierno Nacional y municipal y demás normas pertinentes.
9. Responsable por el pago de los tributos, tasas o contribuciones (estampillas) que se causen o lleguen a causarse por la celebración, ejecución y liquidación del contrato, cuando a éste hubiere lugar.
10. Reportar al funcionario encargado del control y supervisión de la ejecución del contrato, de manera inmediata cualquier novedad o anomalía que se presente.
11. Mantener la Entidad libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes (si fueren autorizados). En consecuencia, EL CONTRATISTA mantendrá indemne a la Entidad contra todo reclamo demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedades de terceros incluido el personal de la Entidad, ocasionados por EL CONTRATISTA o por sus subcontratistas o dependientes (si fueren autorizado en la ejecución del objeto y las obligaciones contractuales.
12. Presentar la factura o cuenta de cobro de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato, junto con el informe de las actividades realizadas para cada pago.
13. Tratar con amabilidad a los demás colaboradores internos y externos de la Entidad, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia.
14. Cumplir con las políticas y normas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas en el Decreto 1072 de 2015 y demás normatividad legal vigente.
15. Mantener actualizadas las vigencias y el monto de los amparos de las garantías expedidas con ocasión de la suscripción del Contrato, acorde con lo indicado en el ítem de GARANTÍAS, teniendo en consideración el plazo de ejecución, valor, modificaciones en valor y/o plazo, suspensiones, etc., que afecten su vigencia o monto cuando haya lugar.
16. Asistir con puntualidad a todas las capacitaciones, reuniones y comités citadas por el supervisor del contrato.
17. El contratista se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedarán a cargo del coordinador, administrador o contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato.

**OBLIGACIONES GENERALES CONFORME AL OBJETO:**

1. Utilizar y portar todos los elementos de bioseguridad que requiera para el desarrollo de las actividades y propender por el auto cuidado de su salud y de las personas con quienes se relacione en desarrollo de sus actividades.
2. El contratista debe desarrollar el contrato cumpliendo con los estándares de habilitación y calidad establecida en la normatividad legal vigente, so pena de dar por terminado el contrato en caso de no ser así.
3. Asistir y recibir capacitación en aspectos relacionados de su especialidad y administrativos, que respondan al direccionamiento estratégico institucional con el fin de mantenerse actualizado para la prestación del servicio con calidad.

4. Crear, actualizar, socializar, conocer y aplicar las guías de atención médica, establecidas en la institución, propias de la especialidad médica que soporte el actuar médico, la toma de decisiones y las conductas, dando soporte a la seguridad del paciente y calidad en la atención.
5. Teniendo en cuenta que la docencia y la investigación son ejes fundamentales del actuar de la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, EL CONTRATISTA se obliga a desarrollar el objeto del presente contrato permitiendo el desarrollo de las actividades docentes propias de los convenios docencia-servicio suscritos por EL CONTRATANTE sin que lo anterior implique delegar la responsabilidad asistencial a los internos y residentes, lo que está EXPRESAMENTE PROHIBIDO.
6. Brindar debida respuesta oportuna a los requerimientos efectuados por los entes de control, por entidades y/o personas que así lo soliciten.
7. Cumplir el objeto del contrato en cualquiera de las dos sedes habilitadas.

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:**

**ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA**

1. Consulta médica especializada en el servicio de Consulta Externa del HFLLA, para pacientes ambulatorios con un mínimo de 8 horas a la semana, aplicando que paciente de primera vez 2 por hora y 3 pacientes de control por hora. En los casos en los cuales el hospital los requiera.
2. Procedimientos en el servicio de Consulta Externa, que serán programados en agendas de acuerdo al proceso de asignación de citas, con un mínimo de 6 horas a la semana y 3 pacientes por hora.
3. Lectura de estudios diagnósticos dentro de las 24 horas a la toma.
4. Desarrollar las actividades según la agenda definida previamente, garantizando el cumplimiento de los estándares de productividad mínima. El incumplimiento de esta generara la no cancelación de las actividades no realizadas y si el incumplimiento es reiterativo se impondrán las multas que se encuentren en el contrato.
5. Entregar la programación de la consulta externa antes del día 25 de cada mes al supervisor del contrato.
6. Informar con la debida antelación en caso de no poder cumplir con alguna agenda por situaciones programadas y programables (congresos, viajes, vacaciones con un mes de anticipación; y las urgencias en el momento en que susciten) en el formato diseñado para tal fin.
7. Reprogramar dentro del mismo mes las agendas canceladas, de tal forma que se garantice la oferta de la especialidad y no se afecten los indicadores de oportunidad y producción.

**NOTA:** todo paciente atendido ambulatoriamente debe asegurarse para su atención, que haya surtido satisfactoriamente la admisión y facturación, de lo contrario, no se reconocerán las atenciones que no cuenten con dicho proceso.

**ATENCION EN URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO**

1. Solicitud, gestión y respuesta de Ínter consulta en los servicios de urgencias, internación médica, dentro de las 24 horas a la solicitud (los de fines de semana y festivos se responderán dentro del día hábil siguiente)
2. Realizar Estudios, procedimientos y Lectura de estudios diagnósticos para pacientes hospitalarios y de UCI con el equipo (portátil), dentro de las 12 horas a la solicitud

3. Estudios, procedimientos y Lectura de estudios diagnósticos para pacientes hospitalarios dentro de las 12 horas a la solicitud.
4. Sera responsable de la evolución diaria y escrita del paciente que se hospitaliza por su especialidad, durante todo el tiempo de su estancia.
5. Realizar el proceso de obtención y diligenciamiento del consentimiento informado para todos los procedimientos o tratamientos que lo requieran.
6. Participar en las juntas quirúrgicas hospitalaria según los requerimientos de la institución dejando registro en la historia clínica de la justificación, discusión y conclusión de la misma.

**ATENCION EN SALAS DE CIRUGIA**

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

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLÍNICA:**

1. Realizar la debida clasificación y diligenciamiento en la historia clínica y demás herramientas que disponga la entidad para la clasificación de CIE-10 y la codificación CUPS correctas según resolución 2336 de 2023 o la norma que las modifiquen, La presente obligación será medida con el fin de garantizar la calidad de la información para el cumplimiento de los objetivos en el proceso de la radicación de las facturas de reconocimiento y pago de los servicios prestados por parte de las diferentes EAPB, teniendo en cuenta a normatividad Decreto 780 de 2016, aplicación de la resolución RIPS resolución 2275 de 2023.
2. Garantizar que las ayudas diagnósticas ordenadas durante la ruta de atención del paciente de los diferentes servicios se interpreten en la historia clínica.
3. Diligenciar todos los registros de su competencia sobre la atención (físicos o electrónicos). Será responsable de la evolución diaria y escrita del paciente, durante todo el tiempo de su

estancia, de las órdenes médicas, de la solicitud, registro e interpretación de los exámenes para clínicos y de la epicrisis EN EL SOFTWARE INSTITUCIONAL DINÁMICA GERENCIAL (se debe tener un registro adecuado que no solo permita garantizar buenos estándares de calidad sino que facilite el proceso de seguimiento y facturación de las diferentes actividades médicas a diferenciarlas según el tipo de historia correspondiente ( como folio de respuesta interconsulta y/o registro de procedimientos no quirúrgicos); si la actividad no se registra en el tipo de historia que corresponde esta no se reconocerá el pago al especialista por la actividad.) cumpliendo así las normas sobre manejo de la historia, documentos clínicos y sobre la confidencialidad de la información o el secreto profesional, para tener documentado el proceso asistencial. NOTA: Estos registros no podrán ser delegados en forma permanente y no vigilada al interno.

4. Registrar diariamente los procedimientos, actividades e intervenciones realizados a los pacientes, con sus respectivos códigos, con el fin de mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, incluyendo los formatos especiales tales como el ejercicio (NO-POS, MIPRES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, SOLICITUDES DE PATOLOGÍA, RUAF etc.)
5. La Historia Clínica de un paciente, ésta debe ser el reflejo exacto y completo de las condiciones de salud de aquel, de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 1.995 del año 1.999, expedida por el Ministerio de la Protección Social y las demás normas que regulen la materia, por lo cual el contratista se obliga a elaborar una Historia Clínica que reúna las siguientes características:

   COMPLETA: Esto es que contenga la totalidad de la información relevante sobre los antecedentes del paciente, diagnóstico, tratamiento y en general que se consigne de manera clara e integra la información que requiere un profesional de la medicina para conocer y atender en forma adecuada a una persona. COHERENTE: La Historia Clínica es un documento que elaboran varias personas a lo largo del tiempo. NOTA: El contratista entiende que cada anotación es un elemento integrante de un todo y se obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite elementos importantes a las siguientes. SUSTENTADA: La Historia Clínica debe estar soportada en estudios científicos. El contratista acepta conocer que el ejercicio de la profesión médica está enmarcado dentro de unos criterios científicos generalmente aceptados y apartarse injustificadamente de ellos puede ser un indicio en contra de la diligencia e idoneidad del profesional.

7. Teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el Hospital cuenta con firma digital, por lo tanto, todo médico especialista debe registrar su firma en el área de sistemas; solo a través de este procedimiento se puede firmar la historia clínica. Esto da a la historia clínica el carácter de documento privado, identifica el autor de cada anotación y precisa el momento en que cada profesional interviene.

NOTA: Es responsable el contratista del manejo y la confidencialidad de su clave y es responsable por el uso indebido por parte de terceras personas a quien le sea dada a conocer la clave por el contratista.

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA FACTURACION:**

1. Tener en cuenta a la hora de facturar, los procedimientos que están incluidos o son inherentes a otras intervenciones.
2. Presentar las facturas con la respectiva seguridad social dentro del mes a factura, según fechas acordadas por las áreas de contabilidad y presupuesto. No se permite la

| | |
|---|---|
| | acumulación de facturas.<br>3. Pasar de forma periódica y oportuna la relación de los procedimientos ejecutados para su respectiva auditoría y aval.<br>4. Para efectos de los recobros de la glosa, estos operarán cuando las objeciones superen el 2% de la facturación, por debajo de esta cifra no habrá recobro al CONTRATISTA, esto sin perjuicio del análisis que se haga de las mismas para implementar los planes de mejoramiento.<br>5. El procedimiento de recobros tendrá en cuenta los siguientes aspectos: 1. Cuando la glosa sea por no pertinencia demostrada, se glosará el total de los honorarios de la misma. 2. Cuando la glosa sea por condiciones del manual contratado, como mayor valor cobrado, se descontará al CONTRATISTA la diferencia entre el mayor valor cobrado y el valor reconocido. En general aplicarían las condiciones del manual contratado, se aplicará el 100% de la glosa de honorarios en lo que exceda en relación con el valor facturado por el CONTRATISTA. 3. Para las demás causas de glosa se aplicará si supera el 2% de la facturación.<br>6. Participar activamente en la respuesta de las glosas de pertinencia, las cuales deberán ir sustentadas en las guías de manejo integral del Hospital. Todas estas actividades se desarrollarán de acuerdo a lo definido en el manual de operación y en los procesos y procedimientos de la institución, que se encuentran disponibles en la oficina de calidad y en la página electrónica del Hospital. |
| **Obligaciones de la E.S.E.** | • Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato<br>• Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley<br>• Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte. |
| **Plazo de liquidación del contrato** | El término de que disponen las partes para liquidar los contratos de mutuo acuerdo, será de cuatro (4) meses contados a partir de la finalización del plazo de ejecución señalado en el mismo, de no realizarse dentro del término previsto se aplicará lo dispuesto en el Estatuto de Contratación. Igualmente debe tenerse en cuenta que para aquellos de ejecución instantánea no se requiere la liquidación de contrato, conforme lo dispone la normatividad vigente. |
| **Fundamentos Jurídicos de Modalidad de Selección** | El marco legal del proceso de selección y de las obligaciones que se deriven de su adjudicación, está conformado por la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por el estatuto de contratación de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, las normas orgánicas de presupuesto, las disposiciones cambiarias, y las demás normas concordantes con la materia, que rijan y lleguen a regir los aspectos del presente proceso de selección.<br><br>Para el caso de selección directa se tendrá en cuenta lo establecido en el Manual de Contratación del Hospital, en el numeral 7.2. CAPÍTULO VI: DE LOS PROCESOS DE SELECCIÓN EN LOS QUE LA ENTIDAD ACTÚA COMO CONTRATISTA Y CONTRATISTA en el inciso 7.4.7. Contratación Directa B) SIN IMPORTAR CUANTÍA, numeral 10) Para la contratación de Prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la gestión o para la ejecución de trabajos artísticos- que solo pueden encomendarse a |

| | |
|---|---|
| | determinadas personas naturales |
| **Justificación de los factores de selección** | Teniendo en cuenta la modalidad de contratación el Hospital invita a presentar oferta a persona determinada que cumpla con las condiciones requeridas según el objeto y las obligaciones contractuales y cuya propuesta no sea superior al presupuesto oficial. |
| **Condiciones de cumplimiento para la contratación** | • Título Universitario: Médico<br>• Especialista en Otorrinolaringología<br>• Con experiencia de dos años en la especialidad. |
| **Estimación, tipificación y asignación de riesgos previsibles** | El Hospital Federico Lleras identifica los siguientes riesgos asociados al proceso de contratación: |

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

| Categoría | Valoración | Insignificante | Menor | Moderado | Mayor | Catastrófico |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Raro (Puede ocurrir excepcionalmente) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro) | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Probable (Probablemente va a | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ocurrir) | | | | | | |
| Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| Categoría | Valoración | Insignificante | Menor | Moderado | Mayor | Catastrófico |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Raro (Puede ocurrir excepcionalmente) | 1 | Riesgo Bajo | Riesgo Bajo | Riesgo Bajo | Riesgo Medio | Riesgo Alto |
| Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente) | 2 | Riesgo Bajo | Riesgo Bajo | Riesgo Medio | Riesgo Alto | Riesgo Alto |
| Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro) | 3 | Riesgo Bajo | Riesgo Medio | Riesgo Alto | Riesgo Alto | Riesgo Extremo |
| Probable (Probablemente va a ocurrir) | 4 | Riesgo Medio | Riesgo Alto | Riesgo Alto | Riesgo Extremo | Riesgo Extremo |
| Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias | 5 | Riesgo Alto | Riesgo Alto | Riesgo Extremo | Riesgo Extremo | Riesgo Extremo |

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

**MECANISMOS DE COBERTURA:**

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

**DEFINICIONES:**

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

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

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

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

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

Es importante señalar que los riesgos previsibles son aquellos que no están cubiertos por las garantías que amparan el cumplimiento, la calidad y cuando haya lugar la responsabilidad extracontractual de los contratos, por lo tanto, NO SON RIESGOS PREVISIBLES, el incumplimiento, la responsabilidad extracontractual, la teoría de la imprevisión, las inhabilidades e incompatibilidades y los aspectos administrativos internos.

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

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

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

**Forma de Mitigarlo:**

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

| CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN FINANCIERA | |
|---|---|
| **Soporte técnico y económico del valor estimado del contrato** | |
| **Variables consideradas para calcular el presupuesto oficial** | Los valores asignados para este tipo de contratación son de acuerdo a la proyección presupuestal para la vigencia fiscal **2026.** |
| **Aspectos a considerar en el valor de la Propuesta** | El valor de la propuesta deberá incluir el ítem más el valor del IVA para quienes estén obligados y con las consideraciones de valor de los bienes y elementos a contratar, así como los descuentos de ley establecidos en la ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ. Se entiende que los bienes o servicios suministrados cumplen con las normas vigentes nacionales y las internacionales que para tal caso rigen. |
| **Informes y evaluación:** | El futuro contratista deberá presentar informes en los que dé cuenta de las actividades desarrolladas, con la siguiente periodicidad: mensuales, los cuales deben estar aprobados por el supervisor del contrato.<br><br>La Entidad Estatal contratante se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, informes sobre la ejecución del contrato y los avances, junto con los documentos que lo soportan.<br><br>La Entidad Estatal contratante evaluará periódicamente el desempeño del Contratista durante el desarrollo del objeto contractual, con arreglo a los criterios de evaluación que haya aprobado para el efecto. |
| **Declaraciones del contratista** | El futuro contratista hace las siguientes declaraciones:<br><br>Conoce y acepta los Documentos del Proceso<br><br>Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.<br>Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato.<br><br>Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad.<br><br>Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente.<br><br>El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato.<br><br>El contratista manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, |

| | |
|---|---|
| | captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.<br><br>El contratista se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrata a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños.<br><br>El contratista autoriza al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, verificar los títulos y demás documentos presentados en la oferta. |
| **Responsabilidad:** | El Contratista será responsable por el cumplimiento del objeto contractual y será responsable por los daños que ocasionen sus empleados, los empleados de sus subcontratistas, al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE DE IBAGUE TOLIMA en la ejecución del objeto Contractual. |
| **Propiedad Intelectual:** | Si de la ejecución del futuro contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a Hospital Federico Lleras Acosta de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982 y demás normas que modifiquen, adicionen o aclaren. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados al Hospital Federico Lleras Acosta por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. |
| **Confidencialidad** | En caso de que exista información sujeta a reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. Para el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, la Historia Clínica de los Pacientes gozan de Reserva Legal. |
| **Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato:** | El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el Contrato, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato.<br><br>Terminación anticipada del contrato: Procede por: a. Por mutuo acuerdo entre las partes. b. Por declaratoria de caducidad del contrato por parte del CONTRATANTE en la forma y en los efectos previstos en el art 18 de la ley 80 de 1993. c. Por decisión autónoma de cualquiera de las partes en cualquier tiempo, dando aviso por escrito a la otra con por lo menos treinta (30) días de anticipación. d. Por evaluación no satisfactoria del CONTRATISTA. e. El reporte del contratista en la listas nacionales e internacionales que establecen la relación de personas que de acuerdo al organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo.<br><br>Modificación concertada: Cualquier decisión que modifique la relación contractual inicialmente pactada, no será válida sin la aprobación conjunta y por |

| | |
|---|---|
| | escrito de las partes contratantes<br><br>Suspensión temporal del contrato: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la vigencia del contrato mediante la suscripción de un acta en donde conste el evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. Cuando estas circunstancias afecten las obligaciones del Contratista para ser aceptadas, éste deberá comunicarlo por escrito al contratante dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del hecho con la debida comprobación. Se entiende por fuerza mayor o caso fortuito las situaciones contempladas y definidas por el art 1 de la ley 95 de 1890 |
| **Multas** | En caso de incumplimiento parcial al objeto del contrato y obligaciones se aplicará las multas diarias y sucesivas hasta por diez (10) días equivalente al 0.2% del valor total del contrato, las cuales deben aplicarse antes de la terminación del plazo de ejecución de este último. |
| **Caducidad** | El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, se reserva el derecho de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios administrativos profesionales, conforme a los estipulado en el art 18 de la ley 80 de 1993 |
| **Cláusula Penal** | Las partes contratantes convienen pactar como sanción pecuniaria el equivalente al 10% del valor estipulado en el contrato, en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE para que descuente el valor de la sanción pecuniaria del saldo que tenga el contratante a favor del CONTRATISTA |
| **Independencia del Contratista** | Como la prestación del servicio por ejecutar se desarrolla con autonomía e independencia del CONTRATISTA la celebración del presente contrato no constituye relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y aquel, por consiguiente, no genera derechos, emolumentos o prestaciones pecuniarias distintas de las pactadas en la cláusula séptima del presente contrato. EL CONTRATISTA actúa de manera autónoma e independiente y no tiene vínculos laborales con EL HOSPITAL, garantizando la prestación de servicios objeto del presente contrato por sus propios medios, asumiendo sus propios riesgos, con plena libertad y autonomía técnica y directiva. En consecuencia, no está subordinado al HOSPITAL, por tal razón las personas que llegue a designar y/o contratar para la ejecución del presente contrato actúan bajo su exclusiva dirección y responsabilidad, estando a su cargo la totalidad de los salarios, prestaciones sociales, servicios y demás cargas laborales que pudieren generarse, así como todos los demás gastos en que incurra en ejecución del presente acuerdo. |
| **Cesión** | El Contratista no puede ceder parcial ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente Contrato sin la autorización previa y por escrito del Hospital Federico Lleras Acosta. Si el Contratista es objeto de fusión, escisión o cambio de control Hospital Federico Lleras Acosta contratante está facultado a |

| | |
|---|---|
| | conocer las condiciones de esa operación. En consecuencia, el Contratista se obliga a informar oportunamente al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE contratante de la misma y solicitar su consentimiento. Si la operación pone en riesgo el cumplimiento del Contrato, Hospital Federico Lleras Acosta exigirá al Contratista, sus socios o accionistas una garantía adicional a la prevista en el contrato. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE puede válidamente oponerse ante la autoridad correspondiente a la operación de fusión o escisión empresarial o cambio de control. El Contratista no podrá ceder parcial o totalmente el contrato sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la entidad CONTRATANTE |
| **Indemnidad** | El Contratista se obliga a indemnizar al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ, con ocasión de la violación o el incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente Contrato. El Contratista se obliga a mantener indemne al Hospital Federico Lleras Acosta de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones hasta por el monto del daño o perjuicio causado. El Contratista mantendrá indemne a Hospital Federico Lleras Acosta por cualquier obligación de carácter laboral o relacionado que se originen en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el Contratista asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato. |
| **Caso Fortuito y Fuerza Mayor** | Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana. |
| **Solución de Controversias** | Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y la Entidad Estatal contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del Contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente Contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se resolverán mediante: Conciliación: Cuando la controversia no pueda arreglarse de manera directa debe someterse a un procedimiento conciliatorio que se surtirá ante el centro de conciliación de la ciudad de Ibagué, previa solicitud de conciliación elevada individual o conjuntamente por las Partes. Si en el término de ocho (8) días hábiles a partir del inicio del trámite de la conciliación, el cual se entenderá a partir de la fecha de la primera citación a las Partes que haga el centro de conciliación, las Partes no llegan a un acuerdo para resolver sus diferencias, deben acudir a la jurisdicción contencioso administrativa. |
| **Notificaciones** | Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del Contrato, deben constar por escrito y se entenderán |

| | |
|---|---|
| | debidamente efectuadas sólo si son entregados personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones respectivas establecidas en el SECOP II. |
| **Supervisión** | La Supervisión del presente contrato estará a cargo del PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL AMBULATORIOS (o quien haga sus veces de la entidad CONTRATANTE, quién deberá controlar su ejecución y cumplimiento, conforme los deberes y obligaciones impuestos en virtud de la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción) y del Manual de Supervisión e Interventoría del Hospital. Adicionalmente a esta, informarán al CONTRATISTA sobre las actividades a desarrollar de acuerdo con el objeto contratado. Hacer recomendaciones y sugerencias que puedan surgir en la ejecución del mismo y en general ser intermediario entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. PARÁGRAFO: La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratista a favor del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, deberá presentar informes mensuales que contengan la descripción de las actividades efectivamente ejecutadas |
| **Reclamos** | Los reclamos que las partes contratantes consideren pertinentes deberán presentarse por escrito, recibida la reclamación, la parte requerida deberá pronunciarse dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la misma, y si guarda silencio se entenderá que la reclamación fue aceptada o aprobada. |
| **Legislación** | El presente contrato se regirá por lo dispuesto en el Manual de Contratación de la Entidad, para lo de su fin se tendrán en cuenta las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las cláusulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, teniendo en claro que el Hospital tiene un régimen de contratación especial. |
| **Auditoría** | La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorías en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP) (ARL) (EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Convienen las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista. |
| **Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT** | 1) EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. |

| | |
|---|---|
| | 2) EL CONTRATISTA, se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, provengan, de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo.<br><br>3) En todo caso, si durante el plazo de vigencia del contrato, EL CONTRATISTA, algunos de sus administradores, socios o administradores llegaren a ser (I) vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo. (II) Incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o (III) Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos ; o IV) llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos, EL CONTRATANTE tiene el derecho de terminar unilateralmente el contrato sin que por este hecho esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a EL CONTRATISTA.<br><br>4) De la misma forma, EL CONTRATISTA, declara que los recursos que incorpora para el desarrollo del Objeto contractual, proceden de actividades completamente lícitas.<br><br>5) EL CONTRATISTA, se obliga expresamente a entregar a EL CONTRATANTE, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que EL CONTRATANTE requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula, EL CONTRATANTE tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica surgida.<br><br>6) EL CONTRATISTA, manifiesta que conforme a lo anterior autoriza al Contratante la consulta y verificación en cualquier base de datos, listas restrictivas y públicas. |

| | |
|---|---|
| **Gastos** | Los gastos que ocasione la legalización del contrato esté a cargo del Contratista. |
| **Publicación** | Conforme lo estatuido en el Decreto 019 de 2012, la contratación de la E.S.E., deberá ser publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública-SECOP II - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente. |
| **Domicilio Contractual** | Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué. |
| Estampillas | El presente contrato NO es objeto de la imposición del gravamen de estampillas de conformidad a lo dispuesto en la Ordenanza No. 015 del 2025 "Por medio de la cual se expide el Estatuto de Rentas del Departamento del Tolima y se dictan otras disposiciones" y al oficio DFRI-163-1111 del 11 de marzo de 2026 "Alcance a Concepto Carga Tributaria Departamental – Estampillas departamentales" expedido por la Dirección Financiera de Rentas e Ingresos de la Secretaria de Hacienda del Tolima, al tener dentro como objeto la prestación de servicios profesionales, asistenciales y técnicos para la atención y recuperación de la salud y ser financiado con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. |
| Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual. | VER LISTA DE CHEQUEO ANEXA |

Responsable,

**YOHANA MILENA GARZON RODRIGUEZ**
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
UNIDAD FUNCIONAL AMBULATORIOS
Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué ESE

**MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE**
GERENTE
Hospital Federico Lleras Acosta ESE

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

Fecha: Ibagué, 20 OCT 2026

**Para:** Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

**Rubro Presupuestal:** 2.4.5.02.09.9.3.1.2.2.01

**Nombre Rubro Presupuestal:** SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS

**Valor: $ 100.000.000**

**Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):**

Se solicita **CDP para el contrato que tendrá como objeto:** CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA PARA EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E. por el termino de tres (03) meses contados a partir del acta de inicio y el previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

**Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado**

**YOHANA MILENA GARZÓN RODRÍGUEZ**
Profesional Especializado Área Salud
Grupo Ambulatorios

**Autorización Ordenador del Gasto:**

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

**Nombre de quien recibe solicitud**

**Fecha y Hora Radicación de la Solicitud**

**Día ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ AM ____ PM___**

**Diligenció**

Nombre: Nury G Firma:

Fecha: octubre 2026

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

17

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente



Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| **Cargo** | |
| **Título** | |
| **Nombre** | Julian Alberto |
| **Apellidos** | Bernal Aponte |
| **Fecha de Nacimiento** | 5/04/1993 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Nivel Educativo** | Posgrado |
| **Género** | Hombre |
| **¿Tiene alguna discapacidad?** | ○ Sí ◉ No |
| **Nombre y apellido** | Julian Alberto Bernal Aponte |
| **Tipo de documento** | |
| **Número de documento** | |
| **Dirección** | |
| **Código postal** | |
| **Estrato** | |
| **Ubicación** | |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | jabernala1305@gmail.com |
| **Teléfono** | |
| **Celular** | 3057510658 |

## Configuración

| | |
|---|---|
| **Zona horaria** | (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| **Idioma** | Español (Colombia) |
| **Configuración regional** | Spanish (Colombia) |

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | ¿Cuál es el nombre de su abuelo? |
| **Respuesta** | Luis Eduardo |
| **SMS para recuperar la contraseña** | 3057510658 |

Editar

Ibagué, octubre 2026

Doctora
**MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE**
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta ESE
Ibagué-Tolima

Referencia: Propuesta Prestación de Servicios

Respetada Doctor

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

La presente propuesta se realiza con el objeto de: CONTRATAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN EN **OTORRINOLARINGOLOGIA** PARA EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E

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

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

Manifiesto bajo la gravedad del juramento lo siguiente:

1. Especificaciones de la presente propuesta.

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

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

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

5. Que el régimen tributario al cual pertenecemos es Persona Natural

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

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

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

9. Que el valor total de la propuesta es la suma de **CIENTO MILLONES DE PESOS $100.000.000 mcte por el término de tres (03) meses a partir del previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.**

10. Que no estoy reportado en el boletín de responsables Fiscales, expedido por la Contraloría General de la República.

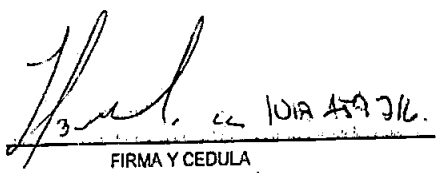
11. Que he leído y verificado los datos consignados en el contrato que voy a suscribir en cuanto a la identificación, la vigencia, el valor, las obligaciones, los requisitos de perfeccionamiento, la forma de pago y que los mismos son correctos y corresponden a la propuesta presentada.

Además, manifiesto:

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

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

Cordialmente.



FIRMA Y CEDULA
JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE
C.C. No.1.018.459.716 DE BOGOTA D.C

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

Ibagué, octubre 2026 20 OCT 2026

Doctor.
JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE

E. S. M.

Respetado Doctor Bernal

En mi calidad de Gerente del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. me permito informa que se recibió la propuesta para la contratación con el fin de desarrollar el siguiente objeto: CONTRATAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN EN **OTORRINOLARINGOLOGIA** PARA EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E. la cual fue analizada por el responsable del área que tiene la necesidad de la prestación del servicio y quien elaboró el análisis de conveniencia, y se determinó la aceptación de su propuesta para realizar la contratación.

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

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

Cordialmente,

**MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE**
**Gerente**

Jurídica

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 |
|---|---|---|
| Bernal | Aponte | Julian Alberto |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1018459716 | F ( ) M (X) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1018459716 D.M. 4

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 05 MES 04 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 17C 78 42 edl. Habitat del vergel, apto 705

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

TELÉFONO 3057510658 EMAIL jabernala1305@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)*

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| POSTGRADO | 8 | X | | ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA | 01 | 2024 | |
| PREGRADO | 12 | X | | MEDICINA | 11 | 2016 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

*EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO*

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| FRANCÉS | | | X | | | X | | | X |
| INGLÉS | | | X | | | X | | | X |
| SUECO | | | | X | | | X | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: Cargando... | | | PÚBLICA: | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: TOLIMA | MUNICIPIO: IBAGUÉ | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: 01 | Mes: 02 | Año: 2025 | | | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: 129 OPS PROFESIONAL ESPECIALIZ | DEPENDENCIA: "CONSULTA EXTERNA" | | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 103 20 80 SUR VIA PICALEÑA | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: Cargando... | | | PÚBLICA: | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: TOLIMA | MUNICIPIO: IBAGUÉ | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: 01 | Mes: 05 | Año: 2024 | | | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: 129 OPS PROFESIONAL ESPECIALIZ | DEPENDENCIA: "CONSULTA EXTERNA" | | | | | | DIRECCIÓN: CARRERA 5 30 5 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Cargando... | | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>TOLIMA | MUNICIPIO<br>IBAGUÉ | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | Día | 15 | Mes | 04 | Año 2024 | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2026 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>129 OPS PROFESIONAL ESPECIALIZ | DEPENDENCIA<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 12 SUR 93 21 VIA AEROPUERTO PERALES | | | | | | |

## 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 | | | | | | |

## 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 | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1 | 10 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Ibagué, Tolima 16 / octubre / 2026

cc 1083459716

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Libertad y Orden

# Universidad Militar Nueva Granada

Teniendo en cuenta que:

## Julián Alberto Bernal Ayonte

C.C. 1.018.459.716 expedida en Bogotá D.C.

ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Universidad, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación, le otorga el título de:

## Médico y Cirujano

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C. a los 16 días del mes de Diciembre de 2016.

Rector

Vicerrector Académico

Acta de Grado 7271
Registro 7271

Jefe División Registro y Control Académico

0021024

EL NOTARIO 64
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
Hace Constar:
Que esta Fotocopia coincide
con el original
que he tenido a la vista. (64)
Fecha: 31 ENE 2020
Firma:

Registro Oficial
Anotado al folio 245 Libro 04
Bogotá, D.C. República de Colombia
Día 14 Mes 12 Año 2016

22

0077561

UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

Creación Decreto 84 de 23 de enero de 1980, reconocimiento institucional Resolución 12975 de 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional, personería jurídica Ley 805 de 11 de abril de 2003

# ACTA DE GRADO Nº 9271

En Bogotá, D.C., a los dieciseis dias (16) del mes de diciembre de 2016, se reunieron en la Rectoría de la **Universidad Militar Nueva Granada**, los siguientes funcionarios: **Brigadier General HUGO RODRIGUEZ DURAN**, Rector; **Ingeniera ROSA YANNETH MENDEZ MARTIN**, Vicerrectora Académica, **Coronel Médico (RA) JORGE ENRIQUE LUQUE SUAREZ**, Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) egresado(a) de la Universidad Militar "Nueva Granada" y otorgarle el título en la forma que más adelante se indica:

**FUNDAMENTOS LEGALES**

Artículos 9, 24 y 28 de la ley 30 de 1992, Artículos 2º y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980; Artículo 2º de la Ley 805 de 2003; Resolución 12975 del 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional; Acuerdo 02 de 2015 de la Universidad Militar Nueva Granada

**OTORGAMIENTO DEL TITULO**

La Rectoría de la **Universidad Militar Nueva Granada**, teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano y la División de Registro y Control Académico por intermedio de su jefe, han informado que el (la) señor(a) **JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía Nº 1018459716 de BOGOTA D.C. ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos internos de la Institución y las normas legales pertinentes resuelve, en nombre de la **República de Colombia** y por autorización del **Ministerio de Educación Nacional**, otorgarle el título de **MÉDICO Y CIRUJANO**, quedando registrado su diploma y acta de grado en el libro 9 Registro 9271.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto Nº 2725 del 10 de octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.

EL NOTARIO 64
DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
Hace Constar
Que esta Fotocopia coincide
con el original
que he tenido a la vista. 64
Fecha: 31 ENE 2022
Firma:

**Coronel Médico (RA) JORGE ENRIQUE LUQUE SUAREZ**
Decano
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Notaría 64 Encargado
BOGOTÁ, D.C.

**Siguen firmas al respaldo...**

Ingeniera ROSA KANNETH MENDEZ MARTIN
Vicerrectora Académica

Brigadier General HUGO RODRIGUEZ DURAN
Rector

ACTA DE PREGRADO 9271

Ingeniera DIANA MAYERLLY CAVIEDES CASTRO
Jefe
División de Registro y Control Académico

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FERNANDO RODRIGUEZ GONZALEZ
Notaría 64
BOGOTÁ

EL NOTARIO 64
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
Hace Constar
Que esta Fotocopia coincide
con el original
que he tenido a la vista. (64)
Fecha: 31 ENE 2022
Firma:

Libertad y Orden

# Universidad Militar Nueva Granada

En consideración a que:

## Julián Alberto Bernal Aponte

C.C. 1.018.459.716 expedida en Bogotá D.C.

Ha cumplido en

## Hospital Universitario Clínica San Rafael

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de

## Especialista en Otorrinolaringología

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.

a los 27 días del mes de Febrero de 2024.

Rector

Vicerrector Académico

Decano de la Facultad

Director

Acta de Postgrado 2041
Registro 2041

Jefe División Registro y Control Académico

Registro Oficial
Anotado al folio 55 Libro 8
Día 27 Mes 2 Año 2024
Bogotá, D.C. República de Colombia

0003383

THOMAS GREG & SONS

24

UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

Creación Decreto 84 de 23 de enero de 1980, reconocimiento institucional Resolución 12975 de 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional, personería jurídica Ley 805 de 11 de abril de 2003

**ACTA DE POSGRADO 2041 UMNG**
**H.U.C.S.R.**

En Bogotá, D.C., **a los veintisiete (27) días del mes de febrero de 2024**, se reunieron los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad Militar Nueva Granada: Señor **Mayor General (R) JAVIER ALBERTO AYALA AMAYA, PhD,** Rector; **Ingeniera CAROL EUGENIA AREVALO DAZA, MSc,** Vicerrectora Académica; **Coronel Médico (RA) JUAN CARLOS LUQUE SUAREZ,** Decano Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Por parte del Hospital Universitario Clínica San Rafael: Doctor **JAVIER ARDILA MONTEALEGRE**, Director Médico Regional y la **Doctora MARÍA CRISTINA GENEY MONTES,** Gestora Departamento de Docencia e Investigación, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) Residente que adelantó sus estudios de Educación Avanzada y otorgar al mismo el título de **ESPECIALISTA**. Para efecto se procedió como a continuación se indica.

**FUNDAMENTOS LEGALES**

Artículos 10, 24, 25 y 28 de la Ley 30 de 1992, artículo 2º. y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980, artículo 2º de la Ley 805 de 2003, Resolución 12975 de 1982 y Decreto 2376 de 2010 del Ministerio de Educación Nacional, Acuerdo 02 de 2017 de la Universidad Militar Nueva Granada.

**OTORGAMIENTO DE TÍTULOS**

La Rectoría de la **Universidad Militar Nueva Granada** teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, la División de Admisiones, Registro y Control Académico por intermedio de su Jefe y el Hospital Universitario Clínica San Rafael por intermedio de su Director Médico Regional, han informado que el(la) Profesional **JULIÁN ALBERTO BERNAL APONTE,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **1018459716** de **BOGOTÁ D.C.,** ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Hospital Universitario Clínica San Rafael y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA,** quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro **2041.**

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto Nº 2725 del 10 de octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.

**Doctora MARÍA CRISTINA GENEY MONTES**
Gestora Departamento de Docencia e Investigación
Hospital Universitario Clínica San Rafael

**Siguen firmas al respaldo...**

JAVIER ARDILA MONTEALEGRE
Director Médico Regional Hospital Universitario Clínica San Rafael

Coronel Médico (RA) JUAN CARLOS LUQUE SUAREZ
Decano Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Ingeniera CAROL EUGENIA AREVALO DAZA, MSc.
Vicerrectora Académica

Mayor General (R) JAVIER ALBERTO AYALA AMAYA, PhD.
Rector

ACTA DE POSGRADO 2041

Ingeniero DANIEL ARLEY ALARCÓN SÁENZ, MSc.
Jefe División de Admisiones, Registro y Control Académico

MEDICADIZ
SALUD CON CALIDAD

HOSPITAL VERDE

TH-0171-2026

# MEDICADIZ SAS
# NIT. 800254132-6

## CERTIFICA QUE

Que el Doctor **JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.018.459.716 de Bogotá D.C, en calidad de Especialista en Otorrinolaringología, se encuentra vinculado con la sociedad Medicadiz S.A.S, con NIT. 800.254.132-6, mediante contrato de prestación de servicios profesionales, regido por lo dispuesto en el artículo 1495 del Código Civil Colombiano, cuyos vínculos contractuales se formalizaron así:

| TIPO DE CONTRATO/OTRO SI | FECHA DE INICIO | FECHA DE FINALIZACIÓN |
|---|---|---|
| Contrato de prestación de servicios. (Persona Natural - Julian Alberto Bernal Aponte). | 13/03/2024 | VIGENTE |

Se expide en Ibagué a los veintidós (22) días del mes de mayo de 2026.

Sujeto a verificación al teléfono 2771186 ext. 2769, (+57) 3188099762.

**JESSICA YUDIRY CLAVIJO MORA**
**Líder de Talento Humano**

AVIDANTI
ORGANIZACIÓN DE VALOR SUPERIOR EN SALUD

**CERTIFICACION CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**

**LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA JURIDICA DE**
**CLINICA AVIDANTI IBAGUÉ**
**NIT: 800185449-9**

**HACE CONSTAR QUE:**

Entre **JULIÁN ALBERTO BERNAL APONTE** (CONTRATISTA) identificado con cédula de ciudadanía **No. 1.018.459.716,** suscribió contrato la modalidad de PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, con AVIDANTI S.A.S. (CONTRATANTE), así:

| | |
|---|---|
| **OBJETO:** | El MEDICO ESPECIALISTA, en su calidad de profesional independiente y en ejercicio de una profesional liberal, realizará en las instalaciones de Avidanti SAS, la prestación de sus servicios y conocimientos profesionales como médico especialista en Otorrinolaringología, utilizando sus propios medios, asumiendo todos los riesgos y obrando con libertad y autonomía técnica y directiva, y de manera independiente, es decir, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna y de acuerdo con la programación acordada con Avidanti SAS, |
| **DURACION:** | Un (1) año con prórroga automática a partir del 03 de febrero del 2025. ✓ |

La verificación de esta certificación podrá hacerse directamente con la Jefe de Jurídica de AVIDANTI S.AS - CLÍNICA AVIDANTI IBAGUÉ, en la Calle 103 No. 20-80 Sur Barrio Aparco Ibagué, o vía celular al 3175740814. Tel: (608) 2739880 Etx. 4152

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintisiete (27) días del mes de mayo de dos mil veintiséis 2026.

Atentamente,

**MONICA BRIGITTE MOSOS PATIÑO**
Representante legal AVIDANTI S.A.S - CAI
oficinajuridicacai@avidanti.com

Centros Médicos UMD

**UNIDAD MÉDICA Y DE DIAGNÓSTICO S.A.**

**NIT 830.001.007-7**

**CERTIFICA:**

Que **JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE** identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. **1018459716**, presta sus servicios en la especialidad de **Otorrinolaringologia** en la Unidad Médica y de Diagnóstico S.A operador de los Centros Médicos Colmédica, ubicado en la ciudad de Ibague.

Se encuentra vinculado(a) exclusivamente bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, desde el **30 de abril de 2024.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, el 29 de mayo de 2026.

**EDUARDO PLATA FORERO**
**Unidad Médica y de Diagnóstico S.A.**
**Representante Legal**

** Si requiere confirmar ésta información, comuníquese al 318-3926593 o envié correo al contratacionprestacionservicios@umd.com.co
CUMD-7499

RENOVACIÓN

**RC MÉDICA** MAPFRE

# PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

RENOVACIÓN
Póliza No 5314224000418
Ref.32077509605
Copia



| RAMO / PRODUCTO | CERTIFICADO | FACTURA | OFICINA MAPFRE | DIRECCION | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 272 / 732 | 6 | 1 | COMERCIO ELECTRONICO | Avenida Carrera 70 No 99 - 72 | BOGOTA D.C. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **TOMADOR**<br>BERNAL APONTE JULIAN ALBERTO | **NIT / CC**<br>1018459716 | **DIRECCIÓN**<br>KR 17 C # 76 - 42 | **CIUDAD**<br>BOGOTA D.C. | **TELEFONO** |
| **ASEGURADO**<br>BERNAL APONTE JULIAN ALBERTO | **NIT / CC**<br>1018459716 | **DIRECCIÓN**<br>KR 17 C # 76 - 42 | **CIUDAD**<br>BOGOTA D.C. | **TELEFONO** |
| **ASEGURADO**<br>N.D. | **NIT / CC**<br>N.D. | **DIRECCIÓN**<br>N.D. | **CIUDAD**<br>N.D. | **TELEFONO** |
| **BENEFICIARIO**<br>CUALQUIER TERCERO AFECTADO | **NIT / CC**<br>N.D. | **DIRECCIÓN**<br>N.D. | **CIUDAD**<br>N.D. | **TELEFONO**<br>N.D. |

## PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

| NOMBRE DEL PRODUCTOR | CLASE | CLAVE | TELEFONO | % PARTICIPACION |
|---|---|---|---|---|
| GIL CESPEDES ANA YAMILE | ADM | 12294 | 3209617459 | 100,00 |

## INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA POLIZA | | | | | | VIGENCIA CERTIFICADO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | | HORA | DÍA | MES | AÑO | No. DÍAS | | HORA | DÍA | MES | AÑO | No. DÍAS |
| 9 | 3 | 2026 | INICIACIÓN | 00:00 | 2 | 3 | 2026 | 365 | INICIACIÓN | 00:00 | 2 | 3 | 2026 | 365 |
| | | | TERMINACIÓN | 00:00 | 2 | 3 | 2027 | | TERMINACIÓN | 00:00 | 2 | 3 | 2027 | |

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

| | |
|---|---|
| ACTIVIDAD | MEDICO GENERAL CON CIRUGIA MAY |
| ESPECIALIDAD | MEDICO GENERAL CON CIRUGIA MAY |
| DIRECCION DEL RIESGO | |
| DEPARTAMENTO | TOLIMA |
| CIUDAD | IBAGUE |




## COBERTURAS

| COBERTURAS | VALOR ASEGURADO | DEDUCIBLE |
|---|---|---|
| R.C. actos medicos - Medicos | $1.000.000.000,00 | 10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO) |
| Gastos de defensa | $400.000.000,00 | 10 % PERD |
| Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente | $1.000.000.000,00 | 10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO) |
| Asistencia medica emergencia | $1.000.000.000,00 | 10 % PERD |

Profesionalmente ... Seguro

RC

Contacta con nosotros:
Sí 24

Comunícate al
01 8000 519 991 a nivel nacional,
601 307 7024 desde Bogotá,
o desde tu celular al #624

Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co

¿Necesitas asistencia?
316 783 8556

## VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

| TOTAL PRIMA NETA | GASTOS DE EXPEDICION | SUBTOTAL | VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $ 873.385,00 | $ 20.000,00 | $ 893.385,00 | $ 169.742,00 | $ 1.063.128,00 |

*(415)7707239180029(8020)0307750605(3900)000(8312)(96)20260302*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones RENOVACION CON AJUSTE EN VALOR ASEGURTADO CANAL DE ATENCION WHATSAPP 573209617459

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MAS TARDAR CENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

## ANEXOS

RC PROFESIONAL MÉDICOS

ASEGURADO: JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE

ESPECIALIDAD: OTORRINOLARINGOLOGO CON CIRUGIA MAYOR CLASE 5

VIGENCIA: 02/03/2026 HASTA 02/03/2027

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

Nota aclaratoria

Se realiza renovación bajo codigo actividad MÉDICO GENERAL CON CIRUGIA MAYOR debido a la parametrización para la clase y categoría correspondiente en la presente póliza actuando que la especialidad es OTORRINOLARINGOLOGIA CON CIRUGIA MAYOR, bajo mismas coberturas y amparos

AMPAROS

R.C. como consecuencia de cualquier acto médico derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

R.C. consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado

LÍMITE VALOR ASEGURADO: $ 1.000.000.000 evento / agregado anual

R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 50% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

Gastos judiciales sub-limitado 40% del límite asegurado evento / vigencia Es te valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exc eso de éste.

PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual, su limitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básica y no en exceso de este

PRIMA ANUAL SIN IVA /GASTOS DE EXPEDICIÓN: $873.385 DEDUCIBLES:

Básico 10% MÍNIMO $ 1.000.000 No opera para Gastos Médicos Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales 10%

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITU D FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1045. CÓDIGO DE COMERC IO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACION DEL RIESGO DE LAS CO NDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

NO SE OTORGA

R.C. Extracontractual Bienes bajo cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.

Renovación automática

R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas Los procedimientos estéticos y de cirugía plástica salvo que se trate de una cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de accidente . Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios. Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante lip osucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicam entos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en otro sentido en la presente póliza, este seguro excluye cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, cost e o gasto de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causado por, que surja de, que resulte de o derivado de o en relación con una enfermedad tra nsmisible o el temor o la amenaza (ya sea real o percibida) de una enfermedad d transmisible con independencia de cualquier otra causa o evento que contri buya de manera simultánea o en cualquier otra secuencia a ella.

2. Tal como se utiliza en el presente documento, se entiende por enfermedad transmisible toda enfermedad que pueda ser transmitida por medio de cualquie r sustancia o agente desde un organismo cualquiera a otro organismo, en la p resente definición:

2.1 la sustancia o el agente incluye, entre otros, un virus, una bacteria, u n parásito u otro organismo o cualquier variación de estos, ya sea que se co nsideren vivos o no; y

2.2 el método de transmisión ya sea directo o indirecto, incluye, entre otro s, la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la transm isión desde o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gas o e ntre organismos; y,

2.3 la enfermedad, la sustancia o el agente pueden causar o amenazar con cau sar daños a la salud o al bienestar de las personas o pueden causar o amenaz ar con causar daños, deterioro, pérdida de valor, comercialidad o pérdida de uso de los bienes.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1045. CÓDIGO D E COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA . Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

RENOVACION

R-C MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL
MÉDICOS INDIVIDUALES

RENOVACIÓN
Póliza No 5314224000418
Ref.3207509605
Copia



## CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN $1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDIDA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048, CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93, AGENTE RETENEDOR DEL IVA, SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5099 DE JUNIO 21 DE 2013.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

**MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA**

**TOMADOR**



Aplica el Condicionado General Codigo: 25/05/2024-1226-P-06-00000VTE06MAY24-00002605X024

SMMLV: SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES
N.D.: NO DECLARADO
V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO
PERD.: VALOR PERDIDA
VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO
V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

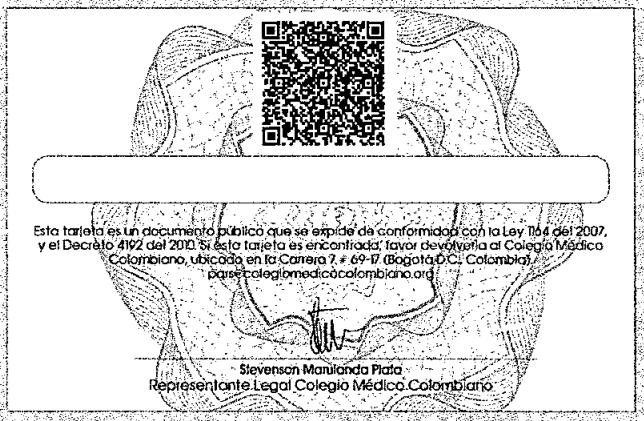
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JULIÁN ALBERTO BERNAL APONTE
CC 1018459716



MÉDICO
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, D.C.

GRADO: 16/12/2016
ReTHUS: 27/02/2018
ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGIA



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicado en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia), o a: colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Manilanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

**QR DIGITAL**

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

Nombre:

C.C. No. _____

# WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

## JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE

**C.C. 1.018.459.716 DE BOGOTA D.C**

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

# SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

**BAJO LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA)**

Realizado los días del 14 al 18 de marzo de 2026, con una intensidad horaria de 48 horas.
Certificación vigente hasta el día 18 de marzo de 2028

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN IBAGUE – TOLIMA, A LOS 18 DÍAS DEL MES DE MARZO DE 2026.

***ADRIANA STELLA PARRA DOVAL***
REPRESENTANTE LEGAL

***DAYRA GINA PARRA DOVAL***
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
NIT. 80107217-1

***WWW.WORLDSERVICEAC.COM***
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS. 317 226 6778 - 316 412 3069

*POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA*

Escanea para vertificar tu certificado.

ENTHA® CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS Y URGENCIAS

# EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO

**NIT:900223619-0**

**CERTIFICA QUE:**

*Julian Alberto Bernal Aponte*

**Cédula:** [ point ]

**CURSÓ Y APROBÓ**

**° Curso de Formación de Competencias de Detección y el Cuidado del Donante de Órganos y Tejidos.**

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de Mayo de 2015. la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capitulo y numeral 8 del Ministerio de Educación Nacional. Según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de Barranquilla - Colombia. el día **04/03/2024**

**48hrs 0min sec**

**8adadd798b01d2d4**

enthaida.com.co

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA

DR CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA

# WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

## JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE

**C.C. 1.018.459.716 DE BOGOTA D.C**

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE:

## ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

Realizado los días 11 y 12 de marzo de 2026, con una intensidad horaria 20 horas.
Certificación vigente hasta el 12 de marzo de 2028.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN IBAGUE - TOLIMA, A LOS 12 DIAS DEL MES DE MARZO DE 2026.

***ADRIANA STELLA PARRA DOVAL***
REPRESENTANTE LEGAL

***DAYRA GINA PARRA DOVAL***
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
NIT. 38307217-1

***WWW.WORLDSERVICEAC.COM***
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS. 317 226 6778 - 316 412 3069

*POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA*

36

# WORLDSERVICEAC
## CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

## JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE

**C.C. 1.018.459.716**

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

# GESTIÓN DEL DUELO

Realizado los días 21 y 22 de enero de 2025, con una intensidad horaria de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 22 de enero de 2027.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN IBAGUE - TOLIMA, A LOS 22 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2025.

***ADRIANA STELLA PARRA DOVAL***
REPRESENTANTE LEGAL

***DAYRA GINA PARRA DOVAL***
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
NIT. 36307217-1

***WWW.WORLDSERVICEAC.COM***
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS. 317 226 6778 - 316 412 3069

*POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA*

# WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

## JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE

**C.C. 1.018.459.716 DE BOGOTA - CUNDINAMARCA**

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

## MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Realizado los días del 28 de septiembre al 2 de octubre de 2026, con una intensidad horaria de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 2 de octubre de 2028.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN IBAGUE – TOLIMA, LOS 2 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2026.

***ADRIANA STELLA PARRA DOVAL***
REPRESENTANTE LEGAL

***DAYRA GINA PARRA DOVAL***
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
NIT: 96307217-1

***WWW.WORLDSERVICEAC.COM***
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS: 317 226 6778 - 316 412 3069

*POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA*

# WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

## JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE

**C.C. 1.018.459.716 DE BOGOTA D.C**

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

# HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Realizado los días 12 y 13 de marzo de 2026, con una intensidad horaria de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 13 de marzo de 2028.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN IBAGUE – TOLIMA, A LOS 13 DÍAS DEL MES DE MARZO DE 2026.

***ADRIANA STELLA PARRA DOVAL***
REPRESENTANTE LEGAL

***DAYRA GINA PARRA DOVAL***
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
RTL 86307217-1

***WWW.WORLDSERVICEAC.COM***
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS. 317 226 6778 - 316 412 3069

*POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA*

32

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C101845971600349663**
**Codigo de verificacion**

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA**

**CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE**, identificado(a) con C.C. No. 1018459716 y T.P. o R.M. No. 1018469716 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 23 septiembre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA PRESIDENTE

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
Presidente

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

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 * | Número de Identificación * | Primer Nombre | Primer Apellido |
|---|---|---|---|
| Cedula de Ciudadania | 1018459716 | julian | bernal |

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2761

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2026-09-29→12:29:27 PM -2026-09-29→12:31:02 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1018459716 | JULIAN | ALBERTO | BERNAL | APONTE | Vigente | Ver |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE identificado(a) con CC 1018459716 registra La siguiente información:**

**2026-09-29→12:31:02 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2018-02-27 | 32038 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| ESP | Local | ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA | 2024-02-27 | 143232 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

**Datos SSO**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|CUNDINAMARCA\|LA PALMA | 2016-12-28 | 2017-12-27 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

**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 vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|CUNDINAMARCA\|LA PALMA | 2016-12-28 | 2017-12-27 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina | La COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

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

## SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atencion:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

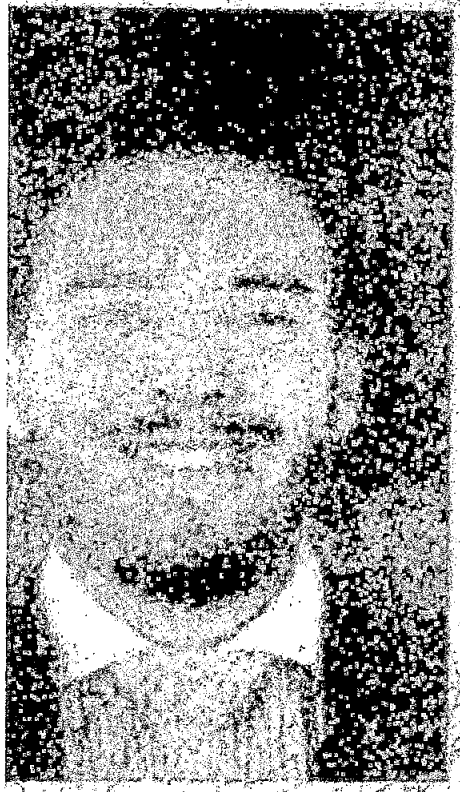
## Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del pais: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

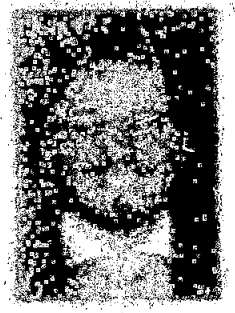
Términos y condiciones

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
TARJETA MILITAR DE SEGUNDA CLASE
RESERVISTA DE SEGUNDA CLASE



1013459716



NOMBRES: JULIAN ALBERTO

APELLIDOS: BERNAL APONTE

Bachiller

ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS
DETERMINADOS POR LA LEY 1861 DE 2017

PERTENECE A LA RESERVA DE:

| FECHA DE 1a LÍNEA | FECHA DE 2a LÍNEA | FECHA DE 3a LÍNEA |
|---|---|---|
| 2023 | 2033 | 2043 |

FECHA DE EXPEDICIÓN: 30/10/2018

DISTRITO MILITAR: 004

CR. ELKIN ALFONSO ARGOTE HIDALGO

DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.018.459.716

APELLIDOS BERNAL APONTE

NOMBRES JULIAN ALBERTO



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

02-JUN-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00310940-M-1018459716-20110629 0027312216A 1 36821857

42

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14986117355

(415)7707212489984(8020) 000001498611735 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 8 4 5 9 7 1 6 | 2 | Impuestos y Aduanas de Ibagué | 9 |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 1 8 4 5 9 7 1 6 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BERNAL | APONTE | JULIAN | ALBERTO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 17 C 78 42 ED HABITAT DEL VERGEL AP 705

42. Correo electrónico jabernala1305@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 5 7 5 1 0 6 5 8 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-02-27 / 03:59:01PM

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 BERNAL APONTE JULIAN ALBERTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 21 de septiembre de 2026, a las 10:13:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1018459716 |
| Código de Verificación | 10184597162609211013 20 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 303281442

PIB
10:07:47
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1018459716:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 12:33:57 PM horas del 29/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1018459716**
Apellidos y Nombres: **BERNAL APONTE JULIAN ALBERTO**

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

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

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

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

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



Todos los derechos reservados.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Formato de información general debidamente diligenciado y actualizado del personal que realiza las actividades del contrato. | | |
| | Debe tener al día los informes de supervisión y actividades de los contratistas en el Secop II y en físico en la carpeta del contrato que reposa en la Oficina Asesora Jurídica. | | |
| | Se deben entregar las evidencias que soporten la solicitud (solicitud del contratista, registro fotográfico, anexos técnicos que soporten la solicitud) | | |
| ADICION EN VALOR Y PRORROGA PERSONA JURIDICA | Formato de modificación debidamente diligenciado y con firma del responsable del área solicitante para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia. | | |
| | Solicitud de CDP con firma del responsable, para su revisión, Vo.Bo y posterior firma de la gerencia. | | |
| | Cámara de comercio actualizada, Rut representante legal y Rut de la empresa (no mayor a 30 días). | | |
| | Formato de información general debidamente diligenciado y actualizado del personal que realiza las actividades del contrato. | | |
| | Debe tener al día los informes de supervisión y actividades de los contratistas en el Secop II y en físico en la carpeta del contrato que reposa en la Oficina Asesora Jurídica. | | |
| | Se deben entregar las evidencias que soporten la solicitud (solicitud del contratista, registro fotográfico, anexos técnicos que soporten la solicitud) | | |
| | Solicitud de RP una vez se encuentre firmada la modificación en la plataforma Secop II para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia. | | |
| ACTA MODIFICATORIA Y/O ACLARATORIA PERSONA NATURAL y JURIDICA | Formato de modificación debidamente diligenciado y con firma del responsable del área solicitante para el correspondiente Vo.Bo de la Oficina Asesora Jurídica y posterior firma de gerencia. | | |
| | Debe tener al día los informes de supervisión y actividades de los contratistas en el Secop II y en físico en la carpeta del contrato que reposa en la Oficina Asesora Jurídica. | | |
| | Se deben entregar las evidencias que soporten la solicitud (solicitud del contratista, registro fotográfico, anexos técnicos que soporten la solicitud) | | |

| | |
|---|---|
| REVISADO POR: | |

Recibido por: _____

Fecha y hora de radicación de solicitud: _____

Proyecto:
Reviso:

| | |
|---|---|
| Vo.Bo. de Jurídica | Vo.Bo. de Gerencia |


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

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, 21/09/2026 10:18:17 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1018459716** y Nombre: **JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE.**

## 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. **148083985** . 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

El(la) suscrito(a) Julian Alberto Bernal Aponte
C.C./ C.E./ P.P No. 1013 459 716 expedida en Bogotá D.C.,
autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué con NIT. 890.706.833-9, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de datos personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Ibagué, el día 21 de Septiembre de 2026

Firma
Nombre Julian Alberto Bernal Aponte
Cédula 1013 459 716

# 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 10:20:38 horas del 21/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1018459716,** Apellidos y Nombres **BERNAL APONTE JULIAN ALBERTO**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE**, con NIT **101845971-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Julian Alberto Bernal Aponte, identificado(a) con CC número 1018459716, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1018459716 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Julian Alberto Bernal Aponte |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 05/04/1993 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 19/07/2019 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 58 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 47 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 19/07/2019 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1018459716 JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE Desde 04/04/2024 - Vigente

Generado por interfaces 19/08/2026

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

skandia

**Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias**

**Certifica**

A Quien interese

Que JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE identificado con cédula de ciudadanía número 1018459716 se encuentra afiliado(a) a SKANDIA FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700002695245, vigente desde el 1 de Enero de 2020.

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 19 de Agosto de 2026.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

PORTAL-20260819-11:16-29203653

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE identificado con CC. 1018459716 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | CENTROS MEDICOS COLSANITAS S.A.S | | |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901041691 | | |
| **INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL** | | | |
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/09/10 | **Fecha inicio contrato** | 2026/08/24 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2027/08/23 |
| **Riesgo** | 2 | **Código actividad económica** | 2862102 - Actividades de la practica medica, sin internacion; incluye la practica medica realizada a pacientes externos o |
| **Estado afiliación** | Activa | | |
| **Fecha retiro** | - | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de septiembre del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21092026J1018459716A22795360.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032226643

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

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

Yo Julian Alberto Bernal Aponte, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 1018 459 716 de Bogotá D.C. considerando el artículo 53 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Ley 1437 de 2011, donde se establece que los procedimientos y trámites administrativos podrán realizarse a través de medios electrónicos, de manera atenta solicito que las notificaciones que el Hospital deba hacerme, se realicen a través del siguientes correo electrónico jubernala 805 @ gmail.com.

adjuntando el respectivo documento.

Atentamente.

Nombre Julian Alberto Bernal Aponte
N° de cedula. 1018 459 716

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

# Certificación
## Bancaria

Martes, 18 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE identificado(a) con CC 1018459716, 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 | 38869606534 | 2016-12-14 | 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.

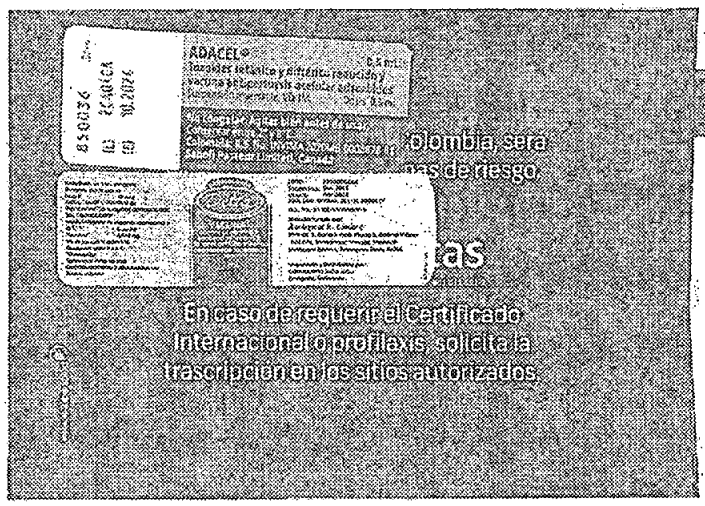
VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

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

| Biológico | Fecha dd/mm/aa | Fabricante y lote | Validez | Firma vacunador |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Observaciones:




Colsanitas

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombres: Julian Alberto

Apellidos: Bernal Aponte

Documentos de identidad: [ ] TI [X] CC [ ] PA No. 1014245976

Fecha de Nacimiento: [ ] DD [ ] MM [ ] AAAA

| Biológico | Dosis | Fecha dd/mm/aa | Fabricante y lote | Firma vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 08.05.2013 | | |
| | 2 | 26 AGO 2023 | | |
| | 3 | 26 SEP 2023 | | |

| Biológico | Fecha dd/mm/aa | Fabricante y lote | Validez | Firma vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | | | | |
| Varicela | | | | |
| | | | | |
| Fiebre amarilla | | | | |
| | | | | |
| Neumococo | | | | |
| | | | | |

| Biológico | Fecha dd/mm/aa | Fabricante y lote | Validez | Firma vacunador |
|---|---|---|---|---|
| DPT acelular | 26 AGO 2023 | | | |
| Fiebre tifoidea | | | | |
| | | | | |
| Influenza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

54

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018459716 | JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE | kr17c No 78-42 apto 705 | 6016754911 | jabernale1305@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | TOLIMA | IBAGUÉ | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 94717250 | 31/08/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $3.771.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza. exterior | Desempleado | IBD | AVT | TDE | TAE | TDP | SAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Apo ME |
| 1 | CC 1018459716 | BERNAL APONTE JULIAN ALBERTO | 59 | 0 | – | – | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230901 | 11.807.882 | 30 | 1.869.300 | 0 | 0 | 59.100 | 59.100 | EPS005 | 11.807.882 | 30 | 1.476.000 | 14-23 | 11.807.882 | 30 | 3 | 287.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

| Biológico | Dosis | Fecha DD/MM/AAAA | Fabricante y lote | Firma vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Tetánico Diftérico Td | 1 | 03-10-2026 | 22080068A | DOLORES PEÑAFIEL P. |
| | 2 | 03-11-2026 | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 08-05-2013 | | |
| | 2 | 26 AGO 2023 | | |
| | 3 | 26-[illegible]/2023 | | |

| Biológico | Fecha DD/MM/AAAA | Fabricante y lote | Validez | Firma vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | | | | |
| Varicela | | | | |
| Fiebre amarilla | 01/08/2023 | 2023P003 | Única | Dolores Morales ENFERMERÍA |
| Neumococo | | | | |

| Biológico | Fecha DD/MM/AAAA | Fabricante y lote | Validez | Firma vacunador |
|---|---|---|---|---|
| DPT acelular | 26 AGO 2023 | Actual | | |
| Fiebre tifoidea | | | | |
| Influenza | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 12 AGO 2023 | Pfizer Adicional | 2F10 27 A FV: 30/X/22 | UMD Unidad Médica y de Diagnóstico CENTRO MEDICO SEDE TORRE COLMEDICA SANTA BARBARA VACUNACIÓN | Tatiana Vargas C.C. 1013661925 Aux Enfermería | |
| | 2 | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 14-2-21 | Pfizer | EN1194 30-6-21 | Subred CO | Jeferson castiblanco | 10336984 |
| | 2 | 12-03 2021 | PFIZER | EN1195 30-6-21 | SRCO | JUAN CASTAÑO | 1000238099 |
| | | 29 NOV 2021 | AstraZeneca | Revisado | Cuidarte 72 Salud | Ivon Alejandra Zamudio AUX DE ENFERMERIA CC 1012397588 | |

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Julian Alberto

Apellidos: Bernal Aponte

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1018459716

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 04 Año 1993

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

1:29 PM

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Julian Alberto

Apellidos: Bernal Aponte

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1018459716

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 04 Año 1993

Dra. Patricia Gómez de Garcés - Pontificia Universidad Javeriana
Dra. Felisa Lozano de Fajardo - Colegio Mayor De Cundinamarca
Dra. Amparo López Herrán - Pontificia Universidad Javeriana
Sede Centro: Cra 4 No. 7-92 Ed. Entreparques L 1
Sede Cádiz Operativa: Cra 4 No. 31-14
Sede Cádiz Toma de Muestras: Cra 4K No. 30A-64
Sede El Vergel: C.C. Plazas Del Bosque Local 112
Tel (608)2739057 Cel 3162320162 3175022829 3176681690

Laboratorio Clínico Central Ltda
Apoyo con calidad en su diagnóstico

54

20164167



**Solicitud.** : 20164167
**Paciente** : JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE
**Identificación** : 1018459716
**Convenio** : PARTICULAR
**Edad/Sexo** : 33 A / M

**Fecha Recepción** : 2026-09-25 07:05:41
**Fecha Impresión** : 2026-09-25 11:40:16.
**Fecha Toma Muestra** : 2026-09-25
**Municipio** : IBAGUE - TOLIMA

| ANALISIS | RESULTADO | | INTERVALO BIOLOGICO DE REFERENC |
|---|---|---|---|
| **HEPATITIS B ANTICUERPOS ANTI HBS** | | | |
| ANTICUERPOS CONTRA HBS Ag ..... | >1000 | mUI/ml | |
| METODO : ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA | | | |
| PROTECCION | | | MAYORES DE 10 |

**Fecha Validación:** 2026-09-25 11:39:57

Validado Por:

CLAUDIA ESPERANZA MEJIA PADILLA

CC 65775445

**La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médicc**

Para verificar este documento, escanee el código QR o ingrese a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 20164167

**URL: https://cutt.ly/ieAhoufa**

| RECOLECCIÓN DE DATOS EXPOSICIÓN A VARICELA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código: GA-FR-111 | Fecha de elaboración: 03/05/2017 | Fecha de actualización: | Versión:1 | Página 1 de 1 | |

Fecha: 21 / Septiembre / 2026

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo: Julián Alberto Bernal Monte

Documento de Identidad: CC 1012 459 716 de: Bogotá D.C.

Fecha Nacimiento: 05 / Abril / 1993 Edad: 33 A Sexo: Masculino

Celular: 305 751 0658

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

FIRMA PERSONA QUE DILIGENCIÓ

**COLCAN**
**LABORATORIO CLÍNICO**

91201908

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | BERNAL APONTE JULIAN ALBERTO | | | Fecha de recepción: | 12-Sep-2012 11:17 am |
| Identificación | CC 1018450716 | Tel. | 4295590- 3133378229 | Fecha de impresión: | 16-Sep-2012 2:43 pm |
| Edad | 19 Años 5 Meses 7 Días | Sexo | M | Empresa | UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA |
| Médico | MEDICOS VARIOS | | | Sede | SEDE PRINCIPAL COLCAN |
| No. Ordenamiento | | | | Fecha Validación | 15-Sep-2012 7:15:00 a.m. |

Copia

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G** | **POSITIVO 35.9** | | |
| **Metodo: Inmunoensayo Enzimático-EIA** | | | |

V. de Referencia:
Negativo: Menor de 9.0
Borderline: De 9.0 a 11.0
Positivo: Mayor de 11.0

DR JUAN CARLOS GALVIS MARIN
C.C. 4518751
MEDICINA DE LABORATORIO

# CERTIFICADO VACUNACIÓN INFLUENZA

Nombre: Juan Alberto Bruno Aponte

Documento de Identidad: 10845916

| LOTE | APLICADA EL: | SELLO |
|---|---|---|
| F10 | 01 JUN 2023 | MARJORIE SANCHEZ |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA IBAGUÉ **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 27-40, Hipódromo **CIUDAD DE LA SEDE:**IBAGUE

**TELÉFONO:**6082770187 **EMAIL:**citas.ibague@cendiatra.com **FECHA ATENCIÓN:**2026-08-22

**Nombres y apellidos:**JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE **CC:**1018459716
**Fecha de nacimiento:**05/04/1993 **Edad:**33 **Sexo:**MASCULINO
**Empresa:**PARTICULAR **Celular:**3057510658
**Empresa usuaria:** **Estado Civil:**CASADO
**Cargo:**MEDICO ESPECIALISTA **Fecha ingreso:**2026-08-22 / 08:05:43
**Departamento:**TOLIMA **Fecha salida:**2026-08-22 / 08:13:58
**ARL:**NO REFIERE **Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS
**Fondo de Pensiones:**SKANDIA **EPS:**E.P.S. SANITAS S.A.



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CONDICIÓN VISUAL:

**RECOMENDACIONES:**
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL PERIÓDICO ANUAL

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve principalmente para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips. Su salud es el recurso más valioso para alcanzar sus metas personales, familiares y laborales. El cumplimiento constante de las recomendaciones médicas, la asistencia a los controles indicados y la adopción de hábitos de autocuidado constituyen herramientas fundamentales para preservar su bienestar, prevenir complicaciones y mantener una adecuada calidad de vida. Cada acción que realice hoy en favor de su salud representa una inversión en su futuro.

FERNANDO IVAN FERNANDEZ
CORREDOR
CC: 7223029
RP: 7223029
LIC-SST: 25-10/83
Firma y sello del médico

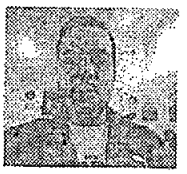
JULIAN ALBERTO BERNAL
APONTE
CC: 1018459716
Firma del paciente

Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA IBAGUÉ
**DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 27-40, Hipódromo
**CIUDAD DE LA SEDE:**IBAGUE
**TELÉFONO:**6082770187
**EMAIL:**citas.ibague@cendiatra.com
**FECHA ATENCIÓN:**2026-08-22

**Nombres y apellidos:**JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE
**CC:**1018459716
**Fecha de nacimiento:**05/04/1993
**Edad:**33 **Sexo:**MASCULINO
**Empresa:**PARTICULAR
**Fecha ingreso:**2026-08-22 / 08:05:43
**Empresa usuaria:**
**Fecha salida:**2026-08-22 / 08:13:58
**Cargo:**MEDICO ESPECIALISTA
**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS
**Departamento:**TOLIMA
**EPS:**E.P.S. SANITAS S.A.
**ARL:**NO REFIERE
**Fondo de Pensiones:**SKANDIA



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL PERIÓDICO ANUAL

FERNANDO IVAN FERNANDEZ
CORREDOR
CC: 7223029
RP: 7223029
LIC-SST: 25-10/83
Firma y sello del médico

JULIAN ALBERTO BERNAL
APONTE
CC: 1018459716
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-09-23 20:42 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JULIAN | ALBERTO | BERNAL | APONTE |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1018459716 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ. D.C. | Municipio | BOGOTÁ. D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | TOLIMA | Municipio | IBAGUÉ |
|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | TOLIMA | Municipio | IBAGUÉ |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Calle 33 # 4A-50\r\nSede Unidad de Salud La Francia"] |
|---|---|
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $360.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $360.000.000,00 |

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 | $29.580.931,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| VEHICULO | COLOMBIA | CUNDINAMARCA | LA CALERA | $50.000.000,00 |
| LOTE | COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ | $185.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| PRESTAMOS A BANCO | $67.000.000,00 |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

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

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

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

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

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

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JESSICA | | VARGAS | CORREA |

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1020783602

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

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

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

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

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

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

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

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

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

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

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

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

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

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

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

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

| Federico Lleras Acosta E.S.E. HOSPITAL DE IBAGUE | GESTION ADMINISTRATIVA | CODIGO: GA-FR-099 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 3 |
| | FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL | VIGENTE DESDE: 31-07-2024 |
| | | PAGÍNA 1 DE 2 |

| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | DIA | MES | AÑO | CIUDAD: Ibagué, Tolima |
|---|---|---|---|---|
| | 21 | 09 | 2026 | |

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

**1. INFORMACION GENERAL**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
|---|---|---|
| Bernal | Ante | Julian Alberto |

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

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 1083479716

SEXO: F [ ] M [X]

| FECHA DE EXPEDICION | | | LUGAR DE EXPEDICION | FECHA DE NACIMIENTO | | | LUGAR DE NACIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | |
| 02 | 06 | 2011 | Bogotá D.C. | 05 | 04 | 1993 | Bogotá D.C. |

| NACIONALIDAD 1 | NACIONALIDAD 2 | OCUPACION / OFICIO | PROFESION |
|---|---|---|---|
| Colombiana | | | Administrador |

| DIRECCION RESIDENCIA | DEPARTAMENTO | CIUDAD |
|---|---|---|
| Cr. 17 c No 78-42 apto 705. | Tolima | Ibagué. |

| CORREO ELECTRONICO | TELEFONO FIJO | CELULAR |
|---|---|---|
| jabernal1305@gmail.com | | 3057710659 |

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

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

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

¿Cúal? _____

**2. INFORMACION FINANCIERA**

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

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

¿Cúal? _____

**3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS**

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

**4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN**

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

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

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

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

**5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

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

**6. FIRMA Y HUELLA**

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

FIRMA Y CEDULA



HUELLA

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

| FECHA | DIA | MES | AÑO | HORA | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

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

OBSERVACIÓN: _____

| NOMBRE DE QUIEN VERIFICA | FIRMA | CARGO |
|---|---|---|
| | | |

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

| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | DIA | MES | AÑO | CIUDAD: Ibagué, Tolima |
|---|---|---|---|---|
| | 7.1 | 09 | 2026 | |

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

**1. INFORMACION GENERAL**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
|---|---|---|
| Bernal | Aponte | Julian Alberto |

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

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 1083479716

SEXO: [ ] [X]

| FECHA DE EXPEDICION | | | LUGAR DE EXPEDICION | FECHA DE NACIMIENTO | | | LUGAR DE NACIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | |
| 02 | 06 | 2011 | Bogotá D.C. | 05 | 04 | 1993 | Bogotá D.C. |

| NACIONALIDAD 1 | NACIONALIDAD 2 | OCUPACION / OFICIO | PROFESION |
|---|---|---|---|
| Colombiana | | | Administrador |

| DIRECCION RESIDENCIA | DEPARTAMENTO | CIUDAD |
|---|---|---|
| Kr 17 c No 78-42 apto 705. | Tolima | Ibagué |

| CORREO ELECTRONICO | TELEFONO FIJO | CELULAR |
|---|---|---|
| jabernal1355@gmail.com | | 3057810658 |

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

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

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

¿Cúal?

**2. INFORMACION FINANCIERA**

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

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

¿Cúal? ____

**3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS**

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

**4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN**

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

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

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

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

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

**5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

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

**6. FIRMA Y HUELLA**

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

FIRMA Y CEDULA

HUELLA

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

| FECHA | DIA | MES | AÑO | HORA | 9:34 am |
|---|---|---|---|---|---|
| | 30 | 09 | 2026 | | |

| LISTAS CONSULTADAS | REPORTA RESTRICCIÓN |
|---|---|
| 1. OFFICE OF FOREING ASSETS CONTROL (OFAC) Oficina de control de activos | SI [ ] NO [X] |
| 2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS | SI [ ] NO [X] |
| 3. LISTA LINEA INTERPOL | SI [ ] NO [X] |
| 4. OTRAS OBSERVACIÓN: NO REPORTA RESTRICCIONES EN LAS LISTAS CONSULTADAS - DEL SARLAFT/PADM. ---------- | SI [ ] NO [X] |

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

REVISADO POR: SEBASTIAN VASQUEZ
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

**LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DE GESTION DEL TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ -TOLIMA E.S.E.**

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

**CERTIFICA**

Que revisada la planta de personal permanente y temporal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E., se determinó que no existe personal de planta suficiente como - **Médico Especialista en otorrinolaringología, para** la atención de pacientes en la consulta externa que tiene como contrato: Contratar La Prestación De Servicios Para El Desarrollo De Los Servicios Asistenciales Procesos Y Procedimientos De Atención Especializados En Otorrinolaringología Para El Hospital Federico Lleras Acosta De Ibagué E.S.E.

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

Dado en Ibagué, a los (01) días del mes de octubre de 2026

**JOHN ALBERTO LEGUIZAMO TRIANA**
Profesional Especializado Gestión de Talento Humano

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

**EL SUSCRITO PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD GRUPO AMBULATORIOS DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E.**

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

**CERTIFICA QUE**

Con el fin de contar con una persona jurídica o natural que preste el servicio de ambulatorios, por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa, se procede a realizar el análisis de la experiencia e idoneidad para la celebración del presente contrato con **JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE** identificada con **cedula No. 1,018,459,716 de Bogota D.C**

De conformidad con la oferta de servicios, hoja de vida, certificaciones, y antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales radicados oportunamente y como resultado del análisis y valoración que de los mismos se realizó, el dr **JULAIN ALBERTO BERNAL APONTE** se encuentra apto para CONTRATAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGIA PARA EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E. por sus condiciones de idoneidad y experiencia.

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE PERSONA A CONTRATAR | JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE | | |
| TITULO PROFESIONAL | MEDICO Y CIRUJANO | | |
| FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS | 16/12/2016 | No. TARJETA PROFESIONAL | 1018459716 |
| | | FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESIONAL | 16/12/2016 |
| POSTGRADO | ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (27-02-2024) | | |
| PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD | TÍTULO UNIVERSITARIO: MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA, CON 2 AÑOS DE EXPERIENCIA. | | |

| EXPERIENCIA ACREDITADA | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | FECHA DE INICIO | FECHA FINAL | TIEMPO LABORADO O EJECUTADO |
| MEDICADIZ SAS | 13/03/2024 | A LA FECHA | dos (02) años |
| AVIDANTI | 3/02/2025 | A LA FECHA | dos (02) años |
| CENTROS MEDICOS UMD | 30/04/2024 | A LA FECHA | dos (02) años |
| TIEMPO TOTAL CERTIFICADO | | | **seis (06) años** |

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

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

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

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

En consecuencia, certifico que **JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE** cumple los requisitos técnicos y específicos esenciales requeridos en los Estudios Previos y resulta conveniente para el **HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA** E.S.E suscribir un contrato de prestación de Servicios Profesionales para CONTRATAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGIA PARA EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E.

| | |
|---|---|
| FECHA DE VALIDACION HOJA DE VIDA | |

Dado en Ibagué el día primero (01) de octubre de 2026

YOHANA MILENA GARZÓN RODRÍGUEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD

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

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

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

**RECEPTOR:**

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

**Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha: 21 de Sept Ciudad: Ibagué Tolima.

**DIVULGANTE**

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

**RECEPTOR**

NOMBRE: Julian Alberto Bernal Ante

No. C.C : 1018 459 716

FIRMA:

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

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

Por favor marcar según corresponda:

| | | | |
|---|---|---|---|
| ___ Aspirante | ___ Estudiante | ___ Pacientes y Acompañantes | Proveedores y Contratistas X |
| ___ Veedor | ___ Empleado o Exempleado | | Otro. ¿Cual? _____ |

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

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

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

| Federico Lleras Acosta<br>EL HOSPITAL DE TODOS | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | CÓDIGO: GA-FR-136 |
|---|---|---|
| | | Versión: 3 |
| | AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | Vigente desde: 27/07/2023 |
| | | Página: 2 de 2 |

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

## DECLARACIÓN:

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

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):
**(a)** Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E
**(b)** El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.
**(c)** El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co.
De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de Ibague a los (21) Veintiun días del mes de Sept del Año 2026

**Firma:** _____

**Nombre** Juan Alberto Bernal Ante

**C.C No:** 1015459716 **de:** Bogotá D.C.

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

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT____ TI:____Otro_____

Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____.

Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco_____

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

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Anual___

Al momento de la vinculación___

Yo Julián A. Bernal A. identificado(a) con cédula de ciudadanía N.° 1018459716 de Bogotá, vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

Directivo ____
Ordenador del gasto____
Supervisor de contrato____
Responsable del proceso de inspección y vigilancia_____
Interventor_____
Responsable del control interno_____
Responsable del proceso de contratación_____
Responsable de la pagaduría_____
Responsable de la tesorería_____
Otro _X_ ¿Cuál?
en el cargo específico o contrato de abogado hso en la siguiente dependencia o área de trabajo:

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

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

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

Entidad o negocio: _____
Tipo de participación_____
Fechas de ingreso y salida: _____
Compromiso vigente de confidencialidad: __

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

Nombres y apellidos del familiar:_____
Número de documento de identidad:_____
Tipo y grado de parentesco:_____
Descripción de actividades económicas o profesionales:_____
Fechas de ingreso y salida:_____

Otro interés particular
Describa otras posibles situaciones que puedan generar un potencial conflicto de intereses por la función que desempeña (revise la normatividad sobre causales en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011):_____

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:
Firma del (la) declarante: _____
Cédula de ciudadanía N.° 1018459716
Fecha: 21-09-26

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

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

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1018459716 **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 23/09/2026 03:40 PM

Código Verificación: **UTCMD58WNF**

Válida hasta: **23/12/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

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

75

Fecha: Ibagué, 20 OCT 2026

**Para:** jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

**Número del Contrato:**

**CC No. 1.018.459.716**

**Contratista:** JULIAN ALBERTO BERNAL APONTE

**Rubro Presupuestal:** 2.4.5.02.09.9.3:1.2.2.01

**Nombre Rubro Presupuestal:** Servicios de Médicos Especializados

**Certificado de Disponibilidad Presupuestal a afectar:**

**Valor: $ 100.000.000**

**Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):**

Se solicita **RP para el contrato que tendrá como objeto:** CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA PARA EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E.S.E. por el termino de tres (03) meses contados a partir del acta de inicio y el previo cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato.

**Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado**

**YOHANA MILENA GARZÓN RODRÍGUEZ**
**Profesional especializado área de la salud**
**Servicios ambulatorios**

**Autorización Ordenador del Gasto:**

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

**Nombre de quien recibe solicitud**
Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día ____ Mes_____ Año _____ Hora: _____ am ___ pm___

Diligenció
Nombre: Nury Gonzalez Firma:
Fecha: octubre 2026


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

20-10-26
9:44 am