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
PULIDO	MORA	LILIANA ROCIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1068974432 | GENERO: F (X) M ( ) NB ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 07 MES 01 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO CHOACHÍ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MANZANA E CASA 5 PISO 1 casa PORTAL SANJUANERO

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FÓMEQUE

TELÉFONO 2411410 EMAIL lilianapulidomora@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4N 5 0					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	11	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 null 00					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 null 0					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	12	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	07	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 241420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2023	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2411420	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2411421	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	12	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO-FACTUR	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2411421	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	11	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO-FACTUR	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411421	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO-FACTUR	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURACION						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411421	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	22	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO-FACTUR	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURACION						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411421	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO-FACTUR	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURACION						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2411421	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO- FACTU	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURACION						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3102437149	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO- FACTU	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURACION						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102437149	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO-FACTUR	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102437149	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO-FACTUR	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 00						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102437149	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2021	*Día*	09	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO- FACTU	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE FACTURAION					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 0 0						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102437149	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO- FACTU	*DEPENDENCIA* AUXILIAR FACTURACION.					*DIRECCIÓN* CALLE 4N ° 5 - 00,						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO 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

Liliana Polido.

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.

Agosto 2026.

Ciudad y fecha Fomeque.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-10-06 12:45

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LILIANA	ROCIO	PULIDO	MORA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1068974432

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	CHOACHÍ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FÓMEQUE

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 SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FÓMEQUE

Dirección	["CALLE 4 No. 5-00"]
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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$21.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$21.600.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.699.500,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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
WILMER	ALONSO	VILLAR	BOBADILLA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1071632142

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:

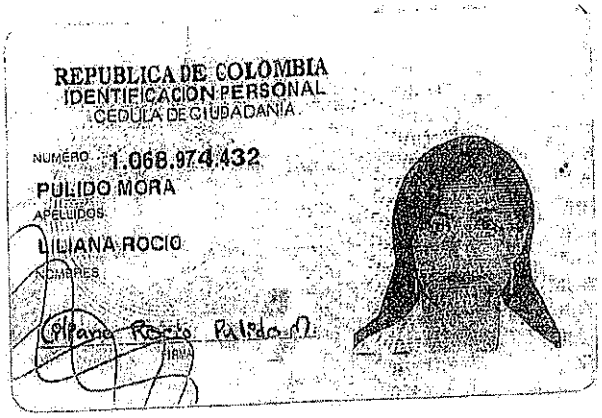
Nombre entidad	Valor

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:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.068.974.432

PULIDO MORA
APELLIDOS

LILIANA ROCIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-ENE-1991

CHOACHI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | A+ G.S RH | F SEXO

25-FEB-2009 CHOACHI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500100-00164017-F-1068974432-20090723 0013020551A 2 25945447

compensar | miplanilla.com

PLANI A INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIOI DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1068974432	LILIANA ROCIO PULIDO MORA		portal sanjuanero manzana e casa 5	3102437149	lilianapulidomora@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FÓMEQUE		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94358501	11/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$543.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	3	500	0	219.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	3	700	0	280.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	3	100	42.800			427	42.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.400
Pensión	1	280.200	280.900
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	543.100

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1068974432	LILIANA ROCIO PULIDO MORA		portal sanjuanero manzana e casa 5	3102437149	lilianapulidomora@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FÓMEQUE		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94358501	11/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$543.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Asistio	Extranjero	Cotiza en exterior	Biotrenista	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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	Aporte MEN
CC 1068974432	PULIDO MORA LILIANA ROCIO	59	0			N																	230301	1,750,905	30	260,200	0	0	0	0	EPS017	1,750,905	30	218,900	14-23	1,750,905	30	3	42,700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA LA CONSULTA DE ANTECEDENTES, INHABILIDADES Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE FÓMEQUE

Ciudad y Fecha: 22-SEP-2026

Señores:
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
Gerencia y Área de Contratación
Ciudad.

ASUNTO: Autorización previa, expresa e informada para la consulta de antecedentes, régimen de inhabilidades y tratamiento de datos personales en el proceso de selección y/o ejecución contractual.

Yo, LILIANA ROCIO PULIDO MORA, mayor de edad, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.068.974.432 expedida en CHOACHI, actuando en nombre propio, en mi calidad de contratista, manifiesto de manera libre, previa, expresa, voluntaria e informada, que AUTORIZO a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE**, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación y, en general, el tratamiento de mis datos personales de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015.

De manera específica, otorgo mi AUTORIZACIÓN EXPRESA para que la entidad contratante, por sí misma o a través de sus delegados, consulte de manera exhaustiva mis antecedentes, registros, sanciones e inhabilidades en las bases de datos públicas de las siguientes autoridades y sistemas de información:

1. ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS: Procuraduría General de la Nación (revisión de sanciones para ejercer cargos públicos o contratar con el Estado).
2. ANTECEDENTES FISCALES: Contraloría General de la República (Boletín de Responsables Fiscales - BDRE).
3. ANTECEDENTES JUDICIALES Y PENALES: Policía Nacional de Colombia y Fiscalía General de la Nación.
4. REGISTRO DE MEDIDAS CORRECTIVAS: Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas (RNMC) de la Policía Nacional (Ley 1801 de 2016).
5. REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM): De conformidad con la Ley 2097 de 2021, para verificar la ausencia de reportes vigentes que impidan la contratación con el Estado.
6. INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES: Sistema de Registro de Inhabilidades de la Registraduría y el Ministerio de Justicia (Ley 1918 de 2018), en caso de que las obligaciones contractuales impliquen el contacto, atención o relación directa con menores de edad.
7. REGISTROS PROFESIONALES DE SALUD: Consulta en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS) y en los Tribunales de Ética Médica, de Enfermería u otros aplicables, para verificar la vigencia de la tarjeta profesional y la ausencia de sanciones ético-disciplinarias (si aplica para el objeto del contrato).

FINALIDAD: Esta consulta y verificación se realiza con la exclusiva finalidad de cumplir con las obligaciones legales de selección objetiva, constatar la inexistencia de causales de inhabilidad o incompatibilidad de rango constitucional o legal para contratar (Artículo 8 de la Ley 80 de 1993, Ley 1474 de 2011, Estatuto y Manual de -contratación de la ESE y demás normas vigentes), y evaluar la idoneidad para la suscripción, ejecución o liquidación del respectivo contrato.

Como titular de los datos personales, declaro que se me ha informado el derecho que tengo a conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos, salvo cuando exista un deber legal o contractual de permanecer en las bases de datos de la entidad pública.

En constancia de aceptación, se firma a los XXXX días del mes de XXXXXXXXXXXXX de 2026.

22 - septiembre - 2026.

Firma del Contratista:	Liliana Pulido M.
Nombre Completo:	Liliana Rocio Pulido Mora.
No. Cedula de ciudadanía	1068974432.
Fecha de expedición de la cedula	25-Feb-2009
Profesión / Especialidad	N/A
Registro ReTHUS No. (si aplica):	N/A
Teléfono:	3102437149.
Correo:	lilianapulidomora@gmail.com

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303382810

PIB
15:11:28

Bogotá DC, 22 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) LILIANA ROCIO PULIDO MORA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1068974432:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de septiembre de 2026, a las 14:37:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1068974432
Código de Verificación	1068974432260922143715

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:38:15 PM horas del 22/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1068974432**

Apellidos y Nombres: **PULIDO MORA LILIANA ROCIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/09/2026 02:53:33 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1068974432** y Nombre: **LILIANA ROCIO PULIDO MORA.**

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. **148195522** . 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

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 14:56:09 horas del 22/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1068974432,** Apellidos y Nombres **PULIDO MORA LILIANA ROCIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital san vicente de paul fomeque**, con NIT **800174375-5** 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.

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 1068974432 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 22/09/2026 02:42 PM

Código Verificación: **9H8SWTQ3NE**

Válida hasta: **22/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14781595895

(415)7707212489984(8020) 000001478159589 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 8 9 7 4 4 3 2	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Choachí 1 8 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PULIDO	MORA	LILIANA	ROCIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Choachí 1 8 1

41. Dirección principal: CR 1 # 6 A - 20

42. Correo electrónico: lilianapulidomora@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 1 0 8 2 5						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

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: PULIDO MORA LILIANA ROCIO

985. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 26-02-2025 10:59:18AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa Departamental
Ignacio Pescador

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca

Según resoluciones 001000 del 20 de noviembre de 1998 y 002603 del 30 de noviembre de 2000.

Registro DANE: [illegible] Registro ICFES: [illegible] Nº [illegible]

Confiere a:

LILIANA ROCIO PULIDO MORA

Identificada (al) con C.I. Nº [illegible]

El Título de:

BACHILLER TÉCNICO

ESPECIALIDAD COMERCIAL

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica

(Artículo 20 Ley 115 de 1994); Según los planes y programas vigentes.

Miguel Angel Cavalina Alvarez	Ilgia Rodríguez Rodríguez
CC:60.420.480	CC:20.462.470
Rector	Secretaria

Registro Interno: Libro # 9 Acta: 135 Folio: 110

Mayo en Chocolate [illegible] de [illegible] de 200[illegible]

[illegible]

Institución Educativa Departamental Ignacio Pescador

Choachí Cundinamarca
DANE: 125181000322 ICFES: 008375 NIT 899900193 - 2

Acta individual de Grado

En la ciudad de Choachí Cundinamarca, el día 1 de Diciembre del año 2007, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **Institución Educativa Departamental Ignacio Pescador**, con reconocimiento oficial de estudios en el Nivel de Educación Media Técnica y autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el título de: **BACHILLER TÉCNICO ESPECIALIDAD COMERCIAL** ; según resoluciones Nº 001669 del 26 de Noviembre de 1.998 ; 002003 del 23 de Noviembre de 2005.

Comprobada la situación legal y Academica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER TÉCNICO ESPECIALIDAD COMERCIAL

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

LILIANA ROCIO PULIDO MORA.
identificado(a) con : T.I. Número: 91010725653,

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº 109 del 1 de Diciembre de 2007, la cual consta de 36 alumnos.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7º del decreto 180 de 1981. No requiere registro de la Secretaría de Educación según, Decreto 921 del 06 de Mayo de 1994.

Miguel Angel Castillo Alvarez
C.C. 80.435.489
Rector.

Ligia Rodríguez Rodríguez
C.C. 20.490.416
Secretaria.

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Liliana rocío Pulido Mora

C.C 1.068.974.432

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 06 de octubre 2026

Código: 769441077000

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

LILIANA ROCIO PULIDO MORA

Con Documento de Identidad No 1068974432

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN FACTURACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN - 28 DE AGOSTO DE 2021 AL 01 DE OCTUBRE DE 2021

Con una Intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 0020211001

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 211001A-528954

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Certifican asistencia y participación a:

LILIANA ROCIO PULIDO MORA

C.C Nº **1068974432**

Capacitación Teórica Especifica en Emergencias por Tipo Brigada

Otorgado el:

19 de Septiembre del 2023

Con intensidad de 8 horas en el poblado de Cáqueza

Luis de Jesús Torres Yaguna
Gerente Sucursal Coordinadora de Bogotá

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA – CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS EMERGENCIAS Y DESASTRES CRUE

CERTIFICA QUE:

LILIANA ROCÍO PULIDO MORA

IDENTIFICADA (O) CON CEDULA DE CIUDADANIA No. 1068974432

ASISTIO AL CURSO

Primer Respondiente Comunidad

Dado a los 14 días del mes de Noviembre del año 2024
Este documento tiene validez por dos (2) años

LILIA MARIA CALDERON CASTRO
Directora Operativa
Centro Regulador de
Urgencias,Emergencias y Desastres
(CRUE)

VERONICA MASSO CASTELLANOS
Instructor
Centro Regulador de
Urgencias,Emergencias y Desastres
(CRUE)

Gobernación de Cundinamarca

CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS CRUE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

LILIANA ROCIO PULIDO MORA

Con Documento de Identidad No 1068974432

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN FACTURACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN - 28 DE AGOSTO DE 2021 AL 01 DE OCTUBRE DE 2021

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas No 0020211001

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 211001A-528954

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Certifican asistencia y participación a:

LILIANA ROCIO PULIDO MORA

C.C Nº **1068974432**

Capacitación Teórica Especifica en Emergencias por Tipo Brigada

Otorgado el:

19 de Septiembre del 2023

Con intensidad de 8 horas en el poblado de Cáqueza

Luis de Jesús Torres Yaguna
Gerente Sucursal Coordinadora de Bogotá

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA – CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS EMERGENCIAS Y DESASTRES CRUE

CERTIFICA QUE:

LILIANA ROCÍO PULIDO MORA

IDENTIFICADA (O) CON CEDULA DE CIUDADANIA No. 1068974432

ASISTIO AL CURSO

Primer Respondiente Comunidad

Dado a los 14 días del mes de Noviembre del año 2024
Este documento tiene validez por dos (2) años

LILIA MARIA CALDERON CASTRO
Directora Operativa
Centro Regulador de
Urgencias,Emergencias y Desastres
(CRUE)

VERONICA MASSO CASTELLANOS
Instructor
Centro Regulador de
Urgencias,Emergencias y Desastres
(CRUE)

Gobernación de Cundinamarca

CRUE

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Certifican asistencia y participación a:

LILIANA ROCIO PULIDO MORA

C.C Nº **1068974432**

Capacitación Teórica Especifica en Emergencias por Tipo Brigada

Otorgado el:

19 de Septiembre del 2023

Con intensidad de 8 horas en el poblado de Cáqueza

Luis de Jesús Torres Yaguna
Gerente Sucursal Coordinadora de Bogotá

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Liliana rocío Pulido Mora

C.C 1.068.974.432

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 30 de junio 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano
Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7[illegible]

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Liliana rocío Pulido Mora

C.C 1.068.974.432

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 30 de junio 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7657502273161









Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno









mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Liliana rocío Pulido Mora

C.C. 1.068.974.432

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 30 de junio 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código 76[illegible]

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Certifican asistencia y participación a:

LILIANA ROCIO PULIDO MORA

C.C Nº **1068974432**

Capacitación Teórica Especifica en Emergencias por Tipo Brigada

Otorgado el:

19 de Septiembre del 2023

Con intensidad de 8 horas en el poblado de Cáqueza

Luis de Jesús Torres Yaguna
Gerente Sucursal Coordinadora de Bogotá

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Liliana rocío Pulido Mora

C.C. 1.069.8[illegible]432

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 30 de junio 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano
Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: [illegible]

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Liliana rocío Pulido Mora

C.C 1.068.974.432

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogota D.C., 30 de junio 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7057502273161

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Liliana rocío Pulido Mora

C.C. 1.088.974.432

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 30 de junio 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 795750227208

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

NIT 800.174.375-5 **RF: 23223**

EL ASESOR DE LA GERENCIA DE LA ESE
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

La ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE, *es un establecimiento público del nivel Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa de acuerdo con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993.*

El artículo 2.5.3.8.4.3.2., del decreto 780 de 2016*, establece que "el Régimen jurídico de los contratos, de una Empresa Social del Estado, se aplicará con sujeción a las normas del Derecho Privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia. Sin embargo, de conformidad con lo establecido en el numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1993. Las Empresas Sociales del Estado podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública"*

El Contrato de Prestación de Servicios del Talento Humano en salud es defino por:

- *El Decreto Ley 2400 de 1968, Art. 2 (modificado por el art. 1 del Decreto Nacional 3074 de 1968): Para el ejercicio de funciones de carácter permanente se crearán los empleos correspondientes, y en ningún caso, podrán celebrarse contratos de prestación de servicios para el desempeño de tales funciones.*
- *El art. 32 de la Ley 80 de 1993, dispone que las entidades estatales podrán celebrar contratos de prestación de servicios para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad, siempre que NO PUEDAN REALIZARSE CON PERSONAL DE PLANTA o requiera de conocimientos especializados.*
- *La sentencia C-614 de 2019 estudió el alcance del Decreto 2400 de 1968, concluyendo que "El contrato de prestación de servicios es una modalidad de vinculación con el estado DE TIPO EXCEPCIONAL que se justifica constitucionalmente si es concebida como un instrumento para atender funciones OCASIONALES que son aquellas que no hacen parte del "GIRO ORDINARIO" de las labores encomendadas a la entidad o que, siendo parte de ellas, no pueden ejecutarse con empleados de planta o requieren de conocimientos especializados; vinculación que en ningún caso debe llevar subordinación.*

Que revisados los archivos del área de contratación de la ***ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE,*** *la señora* ***LILIANA ROCIO PULIDO MORA,*** *identificada con la cédula de ciudadanía* ***1,068,974,432,*** *presta sus servicios en la institución mediante los siguientes contratos de prestación de servicio:*

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5 **RF: 23223**

TIPO DE VINCULACIÓN	OBJETO	DESDE	HASTA	VALOR TOTAL
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1045	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACION	14 DE OCTUBRE DE 2021	30 DE NOVIEMBRE DE 2021	$ 2,400,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1304	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACION	1 DE DICIEMBRE DE 2021	9 DE DICIEMBRE DE 2021	$ 300,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1337	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACION	10 DE DICIEMBRE DE 2021	31 DE DICIEMBRE DE 2021	$ 1,400,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 132	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	1 DE ENERO DE 2022	28 DE FEBRERO DE 2022	$ 3,296,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 341	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	1 DE MARZO DE 2022	31 DE MAYO DE 2022	$ 4,944,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 524	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	1 DE JUNIO DE 2022	31 DE JULIO DE 2022	$ 3,610,285
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 654	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	1 DE AGOSTO DE 2022	30 DE SEPTIEMBRE DE 2022	$ 3,296,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 961	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	1 DE OCTUBRE DE 2022	22 DE OCTUBRE DE 2022	$ 1,173,333

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5 **RF: 23223**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1229	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	26 DE OCTUBRE DE 2022	31 DE OCTUBRE DE 2022	$ 426,667
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1286	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	2 DE NOVIEMBRE DE 2022	30 DE NOVIEMBRE DE 2022	$ 1,648,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 1548	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	23 DE DICIEMBRE DE 2022	31 DE DICIEMBRE DE 2022	$ 1,648,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 112	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	02 DE ENERO DE 2023	31 DE ENERO DE 2023	$1,545,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 313	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	2 DE MAYO DE 2023	31 DE MAYO DE 2023	$ 1,545,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 336	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	1 DE JUNIO DE 2023	30 DE JUNIO DE 2023	$ 1,545,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 404	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	1 DE JULIO DE 2023	31 DE JULIO DE 2023	$ 1,545,000
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO N° 601	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	1 DE AGOSTO DE 2023	7 DE OCTUBRE DE 2023	$3,450,500
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO N° 942	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN	8 DE OCTUBRE DE 2023	20 DE DICIEMBRE DE 2023	$2,317,500

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

NIT 800.174.375-5 ***RF: 23223***

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO N° 1164	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN*	*21 DE DICIEMBRE DE 2023*	*30 DE DICIEMBRE DE 2023*	*$1,957,000*
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO N° 126	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN*	*02 DE ENERO DE 2024*	*31 DE MAYO DE 2024*	*$8.497.500*
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO N° 397	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN*	*01 DE JUNIO DE 2024*	*31 DE AGOSTO DE 2024*	*$5.098.500*
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO N° 608	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN*	*01 DE SEPTIEMBRE DE 2024*	*30 DE SEPTIEMBRE DE 2024*	*$1.699.500*
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO N° 733	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN*	*01 DE OCTUBRE DE 2024*	*31 DE OCTUBRE DE 2024*	*$1.699.500*
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO N° 782	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN*	*01 DE NOVIEMBRE DE 2024*	*30 DE NOVIEMBRE DE 2024*	*$1.699.500*
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO N° 963	*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN*	*05 DE DICIEMBRE DE 2024*	*31 DE DICIEMBRE DE 2024*	*$1.699.500*

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS:

1) *Aplicar la normativa vigente relacionada con el SGSSS, en su desempeño, y en el proceso de Admisiones, facturación de los servicios, remisiones y contra remisiones, y respuesta a glosas y devoluciones, garantizando la calidad y oportunidad en cada uno de estos procesos en que participa.*

2) *Interactuar con el cliente interno y externo, de acuerdo con la Misión, Visión, y políticas de servicio institucionales, brindando una atención con calidad, calidez y Humanización.*

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

3) *Brindar información del producto o servicios conforme a requerimientos del cliente o usuarios.*
4) *Revisar el aseguramiento del paciente en las Bases de Datos, determinar aseguramiento, períodos de carencia y derechos, e imprimir reporte de base de datos.*
5) *Realizar la Admisión administrativa del paciente con calidad y oportunidad acorde a la normatividad vigente y a los resultados de la verificación del aseguramiento.*
6) *Revisar los cargues de atención clínica del paciente, realizar los ajustes correspondientes a la cuenta en caso de ser necesario, determinar, informar y cobrar los copagos y/o cuotas moderadoras respectivas, generar la factura y hacerla firmar por el paciente o acompañante.*
7) *Diariamente realizar la entrega inventariada de las facturas generadas durante el turno, en la Central de Cuentas, debidamente Soportadas y ajustadas a la norma.*
8) *Al momento del Ingreso, informar al paciente y a la familia sobre el copago, y en caso de quedar Hospitalizado, el valor a pagar al momento del egreso de acuerdo a la condición del aseguramiento.*
9) *Liquidación de cuentas de pacientes hospitalizados con sus cargos respectivos.*
10) *Revisar en el Sistema de información el listado de pacientes hospitalizados con Aseguramiento, y enviar los anexos requeridos solicitando las autorizaciones de los Servicios y estancia ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de acuerdo a la normatividad vigente y a los convenios vigentes, dentro de los tiempos establecidos por la norma.*
11) *Realizar las actividades relacionadas con la expedición del anexo requerido por los servicios ambulatorios, entregarlos al paciente, o enviarlos al Asegurador de acuerdo a la normatividad vigente.*
12) *Actualizar oportunamente el Sistema de información con los números de autorizaciones de servicios a pacientes hospitalizados, liberando oportunamente las autorizaciones de los servicios pendientes, o informar oportunamente al servicio solicitante sobre la negación del Asegurador.*
13) *Realizar diariamente la verificación de seguros de los pacientes a cargo.*
14) *Revisar los soportes del Aseguramiento del Paciente, verificando que la Admisión que presenta el paciente sea la adecuada.*
15) *Revisar la atención clínica del paciente registrado en la Historia Clínica y confrontar esta información con los cargos registrados en la Cuenta del paciente, realizando las modificaciones y/o ajustes a las cuentas para lograr exactitud en la factura.*
16) *Informar al paciente o familiar sobre el valor a pagar en forma exacta y oportuna.*
17) *Revisar diariamente las facturas expedidas por Accidentes de Tránsito y verificar la exactitud y Consistencia en los soportes.*
18) *Liquidar y facturar las atenciones que se generen por consulta externa, verificando que la autorización este generada para la ESE Hospital San Vicente de Paul de Fómeque.*
19) *Realizar la admisión respectiva a los usuarios que presenten cirugías o procedimientos programados, verificando bases de datos y autorización generada por la Entidad respectiva.*
20) *Asistir a las capacitaciones y reuniones programadas.*
21) *Cumplir con la programación de turnos asignada.*
22) *Solicitar oportunamente y de acuerdo a la Normatividad vigente, las autorizaciones de los servicios de salud prestados de los pacientes que diariamente ingresan al servicio de urgencias, por medio telefónico y/o electrónico, sea el caso, dejando evidencia de la gestión realizada, de igual manera con los pacientes que se encuentren Hospitalizados realizar la solicitud de prórroga del servicio y estancia.*

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

23) *Realizar una pre-auditoria a la facturación generada antes de entregarlas a la central de cuentas, verificando que se encuentre con y todos sus soportes y facturada correctamente.*

24) *Recibir y salvaguardar los dineros recibidos por conceptos de servicios generados por la prestación de servicios de salud.*

25) *Las demás que le sean asignadas, acorde al objeto contractual.*

Se expide a solicitud del interesado, de acuerdo a los documentos que reposan en la ***E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FÓMEQUE****, a los veintidós (22) días del mes de enero de 2025.*

GILDARDO ANTONIO ARISTIZABAL ZULUAGA
ASESOR DE LA GERENCIA

Proyectó: Yudi Mancera – Apoyo Área Contratación
Aprobó: Gildardo Antonio Aristizabal Zuluaga – Asesor de la Gerencia

Fómeque– Cundinamarca, Calle 4 No. 5 – 00
Email: hfomeque@yahoo.com; hfomeque@cundinamarca.gov.co
Teléfono: 2411420 – 2411421 – 2411422

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170984-9



Paciente: LILIANA ROCÍO PULIDO MORA **Identificación:** 1068974432 Impreso: 28/08/2024 - 1:00:00 p. m.
Fecha y Lugar: 28/08/2024 BOGOTA D.C Página 1 de 3

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Sexo: FEMENINO **Edad:** 33 **Fecha y Lugar de Nacimiento:** 07/02/1991 CHOACHI

Estado Civil: U. LIBRE **Estrato:** **Escolaridad:** TECNICA
EPS: FAMISANAR S.A. **ARL:** POSITIVA

AFP: PORVENIR S.A. **Profesión:**
Dirección: Portal San Juanero **Teléfono** NO REFIERE **Móvil:** 3102437149

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

Cargo: AUXILIAR DE FACTURACIÓN - Descripción del Cargo: AUXILIAR DE FACTURACIÓN Empresa: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Tipo de Examen: REINGRESO - Antigüedad: 3 AÑOS - Turno: Diurno
Materias Primas: INSUMOS MEDICOS
Equipos o Herramientas Utilizadas: EQUIPOS MEICOS
Usa elementos de protección personal: N - Control Fuente: N - Control Medio: N - Tiempo de Exposición: 12 HORAS DIARIAS
Acciones Realizadas: OTRA - Posiciones: DE PIE - Elementos de Protección Personal: GUANTES TAPABOCA OVEROL OTROS

Biológicos	Físicos	Químicos	Biomecánico	Psicosociales	Condiciones de Seguridad	Fenómenos Naturales
X Virus	Ruido	Polvo	Trabajo Estático	X Contenido de la Tarea	X Mecánico	X Sismo
X Bacterias	X Iluminación	Fibras	Esfuerzo Físico	X Relaciones Humanas	Riesgo Eléctrico	X Terremoto
X Hongos	Vibración	Líquidos	Manejo de Cargas	Riesgo Contra Persona	Locativo	Vendaval
Rickettsias	Temperatura	Gases	Posturas Forzadas	Secretos del Producto	Tecnológico	Inundación
Parásitos	Presión Atmosférica	Vapores	Trabajo Sedente	Secretos del Proceso	Accidente de Tránsito	Derrumbe
Picaduras	Radiación Ionizante	Humo	Movimientos	Gestión Administrativa	Público	Precipitaciones
Mordeduras	Radiación No Ionizante	Material Particulado		Organización del	Trabajo en Alturas	
X Fluidos o Excrementos					Trabajo en Espacios Confinados	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo	Tiempo de Exposición	Riesgos Biológico	Físico	Químico	Biomecánico	Psicosocial	Seguridad	Naturales
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	AUXILIAR DE FACTURACIÓN		X	X	X	X	X	X	X

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. HTA	N	
10. ENFERMEDAD MENTAL	N	
11. CANCER	N	
12. OTROS	N	
2. INFARTO	N	
3. ACV	N	
4. ALERGIAS	N	
5. ULCERA PÉPTICA	N	
6. DIABETES	N	
7. ASMA	N	
8. T B C	N	
9. ARTRITIS	N	

ANTECEDENTES PERSONALES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. INFANCIA	N	
2. PATOLÓGICOS	S	ASTIGMATISMO Y MIOPIA
3. QUIRÚRGICOS	N	
4. TRAUMÁTICOS	N	
5. VENEREAS	N	
6. TÓXICOALÉRGICOS	N	
7. FARMACOLÓGICOS	N	
8. PSIQUIÁTRICOS	N	
9. INMUNOLÓGICOS	N	

RESUMEN DE ANTECEDENTES

EXTRALABORALES	2. MUSICA CON AUDIFONOS	NO	
AUDIOMETRIA			28/08/2024

USO EXCLUSIVO DEL SOFTWARE

FAMILIARES	1.HTA	NIEGA	28/08/2024
PERSONALES	2. PATOLÒGICOS	ASTIGMATISMO Y MIOPIA	28/08/2024
PERSONALES	3. QUIRÚRGICOS		28/08/2024
PERSONALES	7. FARMACOLOGICOS		28/08/2024

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

Menopausia:0 - Ciclo: 0- Grávida: 0 - Partos: 2 - Cesáreas 0 - Abortos: 0 - Mortinatos: 0 - Ectópicos: 0 - FUM: 10/08/2024- FUP: 0 Dismenorrea - Última Citología: JULIO-2024 Resultado última citología:N - Trastornos del Ciclo: - Planificación: LIGADURA DE TROMPAS

HÁBITOS

Tipo de Fumador: Niega- Años de Suspensión del hábito: 0 - Años de Fumador: 0 - Número de Cigarrillos al día 0
Tipo de Bebedor: Niega - Años de hábito: 0 - Frecuencia de Consumo: Ocasional - Tipo de Licor: - ¿Ha tenido problemas con la bebida?: S - ¿Cuál Problema?: NO - Años de suspensión: 0
¿Toma algún medicamente regularmente?: N/A - ¿Cuál?:
NO Deporte: Si - NO - Frecuencia: N/A
Psicotrópicos: Si - NO

Accidente de Trabajo: No Reporta

Enfermedad Laboral: No Reporta

REVISIÓN POR SISTEMAS

Tipo	Refiere	Observaciones
1. NEUROLOGICO	N	
2. VISUAL	N	
3. ORL	N	
4. BOCA Y DENTADURA	N	
5. ENDOCRINOLÓGICO	N	
6. RESPIRATORIO	N	
7. CARDIOVASCULAR	N	
8. OSTEOMUSCULAR	N	
9. GASTROINTESTINAL	N	
10. GENITOURINARIO	N	
11. HEMATOLÓGICO	N	
12. INMUNOLÓGICO	N	
13. PIEL Y FANERAS	N	
14. OTROS	S	NIEGA SINTOMAS

ENFERMEDAD ACTUAL

NIEGA SINTOMAS ACTUALES, CONTACTO ESTRECHO CON PERSONAS CONFIRMADAS O SOSPECHOSAS PARA COVID-19, NIEGA VIAJES RECIENTES FUERA DEL PAIS O DE LA CIUDAD.

EXAMEN FÍSICO

Talla: 154 cm Peso: 70 KG IMC: 33.3- Obesidad Temperatura: 36.0 °C Tensión Arterial: 120/70 Frecuencia Cardiaca: 66
Frecuencia Respiratoria: 14 Biotipo: N/A Lateralidad: Derecha
Estado General: Bueno

CABEZA/CRÁNEO: NORMAL - OROFARINGE: Amígdalas: NORMAL - Faringe NORMAL
CAVIDAD ORAL: Dientes: NORMAL - Encías: NORMAL - Labios: NORMAL - Mucosa Bucal: NORMAL - Lengua: NORMAL - Paladar: NORMAL
OJOS: Conjuntivas: NORMAL - Córnea: NORMAL - Fondo de Ojos: NO EXAMINADO - Párpados: NORMAL
AGUDEZA VISUAL: LEJANA: Sin Lentes: O.D. 20/30 - O.I. 20/30- A.O. 20/30 - Con Lentes: O.D. 20/40 - O.I. 20/40- A.O. 20/40
AGUDEZA VISUAL: CERCANA: Sin Lentes: O.D. 20/30 - O.I. 20/30 - A.O. 20/30 - Con Lentes: O.D. 20/40 - O.I. 20/40 - A.O. 20/40
OÍDOS: Inspección Externa: NORMAL - Otoscopia: NORMAL
NARIZ: Inspección Externa: NORMAL - Rinoscopia: NO EXAMINADO
CUELLO: inspección: NORMAL - Palpación: NORMAL
TORAX: inspección: NORMAL - Ventilación Pulmonar: NORMAL - Conformación: NORMAL - Mamas: NO EXAMINADO - Ruidos Cardíacos: NORMAL
ABDOMEN: Exploración: NORMAL - Palpación: NORMAL - Inspección: NORMAL
OSTEOMUSCULAR: Inspección de Columna: NORMAL - Palpación Columna: NORMAL - Miembros Superiores: NORMAL - Miembros Inferiores: NORMAL
Columna Vista Lateral: Normal - Columna Vista Posterior: Alineada - Flexibilidad Wells: IV - Lasegue: Negativo.- Compresión Radicular: Negativo
Extremidades Superiores: Tinel: Negativo - Phanel: Negativo - Finkelstein: Negativo
GENITOURINARIO: Genitales: NO EXAMINADO - Región Inguinal: NORMAL
OTROS: Equilibrio: NORMAL - Pares Craneanos: NORMAL - Marcha: NORMAL - Piel y Faneras: NORMAL - Reflejos Tendinosos: NORMAL - Sensibilidad: NORMAL - Conciencia: NORMAL
OTROS HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO: INGRESA ALERTA, ORIENTADO EN TRES ESFERAS, NO CIANOTICO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
SE EXAMINA AL PACIENTE QUIEN INGRESA CON TAPABOCA, AL REALIZARSELE EL EXAMEN FISICO UTILIZO GUANTES DESECHABLES (UTILIZANDO GUANTES NUEVOS CON CADA PACIENTE Y REALIZANDO LAVADO DE MANOS), UTILIZO LOS EPP QUE ME SUMINISTRA LA EMPRESA (GORRO, TAPABOCA, BATA ANTIFLUIDO, GUANTES DESECHABLES, CARETA) Y MIS GAFAS DE PROTECCION OCULAR. SE TOMAN TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA ATENCION.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Examen	Concepto Especialidad	Consideraciones Médicas	Diagnóstico	Recomendaciones
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
ANEXO OSTEOMUSCULAR		PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL		
AUDIOMETRÍA				
OPTOMETRÍA				

AUDIOMETRÍA	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL	OD: AUDICION NORMAL OI: AUDICION NORMAL PTA OIDO DERECHO 5.00 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO 11.25 - Audición Normal	RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE: EVITAR USO PROLONGADO DE REPRODUCTOR DE MUSICA Y CELULAR, CONTROL ANUAL AUDITIVO, REPOSO AUDITIVO;
OPTOMETRÍA		AMETROPE	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA
MEDICINA		ADECUADO	HABITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS, MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL, LAVADO EXTREMO DE MANOS Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y AUTOCUIDADO, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

Impresión Diagnóstica - CIE10

Código:	Diagnóstico:	Posible Origen de la Enfermedad:	Observaciones:
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	No Definido	Ingresado en Optometría
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	No Definido	Ingresado en Audiometría
R635	AUMENTO ANORMAL DE PESO	No Definido	ADECUADO

Observaciones de la Impresión diagnóstica: ADECUADO

CONCEPTO DE APTITUD

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Notas:

RESTRICCIONES

Tipo de Restricción:	Condiciones, Factores, Agentes Asociados:	Permanente:
NO		

REMISION A ESPECIALISTAS

Remisión:	Observaciones:
NO	

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA O AL PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

Vigilancia:	Observaciones:
NO	

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

OBSERVACIONES

PILI MARGARITA BOON CABALLERO 25 4753/2009
Profesional

LILIANA ROCÍO PULIDO MORA 1068974432
Firma y cédula del Paciente

Fómeque octubre 2026

Doctora
ANA LUCIA RAMIREZ
Gerente
E.S.E Hospital San Vicente de Paul
Fómeque Cundinamarca

REF: PRESENTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL AREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN

Yo, **LILIANA ROCIO PULIDO MORA,** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.068.974.432** expedida en **CHOACHI** me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como contratista independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo que el Hospital designe llámese cuadro de turnos u otra denominación.

OBJETIVO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN

ACTIVIDADES A REALIZAR:

1) Aplicar la normativa vigente relacionada con el SGSSS, en su desempeño, y en el proceso de admisiones, facturación de los servicios, remisiones y contra remisiones, y respuesta de glosas y devoluciones, garantizando la calidad y oportunidad en cada uno de estos procesos en que participa **2)** Interactuar con el cliente interno y externo, de acuerdo con la misión, visión y políticas de servicio institucionales, brindando una atención con calidad, calidez y humanización. **3)** Brindar información del producto o servicio conforme a requerimientos del cliente o usuarios **4)** Revisar el aseguramiento del paciente en las Bases de Datos, determinar aseguramiento, periodos de carencia y derechos, e imprimir reporte de base de datos. **5)** Realizar la Admisión administrativa del paciente con calidad y oportunidad acorde a la normatividad vigente y a los resultados de la verificación del aseguramiento **6)** Revisar los cargues de atención clínica del paciente, realizar los ajustes correspondientes a la cuenta en caso de ser necesario, determinar, informar y cobrar los copagos y/o cuotas moderadoras respectivas, generar la factura y hacerla firmar por el paciente o acompañante **7)**Diariamente realizar la entrega inventariada de las facturas generadas durante el turno, en la central de cuentas, debidamente soportadas y ajustadas a la norma. **8)** Al momento del ingreso, informar al paciente y a la familia sobre el copago, y en caso de quedar hospitalizado, el valor a pagar al momento del egreso de acuerdo a la condición

del aseguramiento. **9)** Liquidación de cuentas de pacientes hospitalizados con su cargo respectivo. **10)** Revisar en el sistema de información el estado de pacientes hospitalizados con aseguramiento, y enviar los anexos requeridos solicitados solicitando las autorizaciones de los servicios y estancia ante las entidades administradoras de planes de beneficios de acuerdo a la normatividad vigente y a los convenios vigentes, dentro de los tiempos establecidos por la norma.**11)** Realizar las actividades relacionadas con la expedición del anexo requerido por los servicios ambulatorios, entregarlos al paciente, o enviarlos al Asegurador de acuerdo a la normatividad vigente **12)** Actualizar oportunamente el sistema de información con los números de autorizaciones de servicios a pacientes hospitalizados, liberando oportunamente las autorizaciones de los servicios pendientes, o informar oportunamente al servicio solicitante sobre la negación del asegurador. **13)** Realizar diariamente la verificación de seguros de los pacientes a cargo. **14)** Revisar los soportes de Aseguramiento del paciente, verificando que la admisión que presenta el paciente sea la adecuada.**15)** Revisar la atención clínica de los pacientes registrados en la historia clínica y confrontar esta información con los cargos registrados en la cuenta del paciente, realizando las modificaciones y/o ajustes a las cuentas para lograr exactitud en la factura.**16)** Informar al paciente o a familiar sobre el valor a pagar en forma exacta y oportuna. **17)** Revisar diariamente las facturas expedidas por accidentes de transito y verificar la exactitud y consistencia en los soportes. **18)** Liquidar y facturar las atenciones que se generan por consulta externa, verificando que las autorizaciones estén generadas para la ESE Hospital San Vicente de Paul de Fómeque.**19)** Realizar la admisión respectiva a los usuarios que presenten cirugías o procedimientos programados, verificando bases de datos y autorizaciones generadas por la Entidad respectiva. **20)** Asistir a las capacitaciones y reuniones programadas. **21)** Cumplir con la programación de turnos asignada. **22)** Solicitar oportunamente y de acuerdo a la Normatividad vigente, las autorizaciones de los servicios de salud prestados de los pacientes que diariamente ingresa al servicio de urgencias, por medio telefónico y/o electrónico, sea el caso, dejando evidencia de la gestión realizada, de igual manera con los pacientes que se encuentran hospitalizados realizar la solicitud de prórroga del servicio y estancia. **23)** Realizar una pre-auditoria con la facturación generada antes de entregarlas a la central de cuentas, verificando que se encuentren con y todos sus soportes y facturada correctamente.**24)** Recibir y salvaguardar los dineros recibidos por conceptos de servicios generados por la presentación de servicios de salud. **25)** Las demás que sean asignadas, acorde al objeto contractual.

VALOR DE LA PROPUESTA: UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE ($ 1.886.400).

TIEMPO DE EJECUCION: El que la entidad considere necesario

FORMA DE PAGO SUGERIDA: A convenio con la entidad

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo contratista independiente, a realizar las afiliaciones al sistema general de seguridad social en pensión, salud y riego laboral, a realizar los aportes por mi

cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E) así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para a cuál voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el Articulo 18 de la ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podría ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIVILIDAD: Declaro que no me hayo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecida en la ley y que tampoco me encuentro incursa en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCIÓN: Manifiesto que mi dirección es Portal San Juanero manzana e casa 5 mi correo electrónico es (lilianapulidomora@gmail.com) mi número de celular es 3102437149.

Agradezco la oportunidad de presentar mis servicios a esa entidad

Cordialmente,

(Firma) Liliana Pulido M
Nombre Liliana Rocio Pulido M
C.C 1068974432

			E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FÓMEQUE- CUNDINAMARCA PROCESO DE APOYO-GETIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN			Código: PA-GJC-FT-005 Vigencia: MAYO 2030 Versión: 1			
			FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O TERCERO			Página 1 de 1			
Fecha de diligenciamiento	25	9	2026	Ciudad o Municipio	FOMEQUE	Departamento		CUNDINAMARCA	
CLASE DE VINCULACIÓN									
Proveedor	Asistencial		Administrativo	X	Colaborador				
DATOS PERSONA NATURAL									
Primer Nombre		Segundo Nombre			Primer Apellido			Segundo Apellido	
LILIANA		ROCIO			PULIDO			MORA	
Tipo de Identificación				No. De Identificación	Lugar de Expedición			Fecha de Expedición	
CC X	CE	TI	OTRO	1068974432	CHOACHI, CUNDINAMARCA			25/02/2009	
Fecha de nacimiento	7	1	1991	Lugar de nacimiento	CHOACHI, CUNDINAMARCA	Telefono y/o celular		3102437149	
Dirección de residencia	PORTAL SAN JUANERO MANZANA E CASA 5				Profesión u Oficio	AUXILIAR DE FACTURACION			
Estado civil	UNION LIBRE				Correo Electrónico	lilianapulidomora@gmail.com			
FECHA DE CORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA					29	9		25	
Total Activos	0			Total Pasivos	0	Total Patrimonio		0	
Ingresos mensuales	1,886,400			Egresos Mensuales	1,700,000	Otros ingresos mensuales		0	
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA DE ACUERDO A SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN									
¿Maneja recursos públicos?		SI	X	¿Tiene reconocimiento público?		NO		X	
¿Ejerce algún grado de poder público?		SI	X	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?		NO		X	
¿Es Ud. sujeto de obligaciones tributarias en otro país?						NO		X	
DATOS PERSONA JURÍDICA									
Nombre o razón social						NIT		DV	
Tipo de Empresa	Pública	Privada	Mixta	Sector económico		CIIU			
FECHA DE CORTE DE INFORMACIÓN FINANCIERA					DD	MM		AA	
Total Activos				Total Pasivos		Total Patrimonio			
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL									
Primer Nombre		Segundo Nombre			Primer Apellido			Segundo Apellido	
Tipo de Identificación				No. De Identificación	Lugar de Expedición			Fecha de Expedición	
CC	CE	TI	OTRO						

Identificación de accionistas que tenga directa o indirectamente más del 5% del Capital social, Aporte o participación en la sociedad

Nombres y Apellidos	Tipo ID	Tipo y Número ID	¿Por su actividad o cargo, goza de Reconocimiento público, Poder Político y/o maneja Recursos públicos? Registre SI/NO y especifique claramente

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	NO	X	Especifique cual	
¿Posee productos financieros en el exterior?	NO	X	Especifique cual	

Producto	No. De producto	Moneda	Monto	Entidad	Ciudad	Pais
	25	2026				

DECLARACION ORIGEN DE FONDOS

Declaro de manera voluntaria que mi actividad, profesión u oficio es lícito y lo consignado es cierto y verificable. La información registrada tiene como propósito, contribuir a la prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo LA/FT. Me comprometo a entregar la información actualizada cada vez que se requiera y su incumplimiento faculta a la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque, para rescindir del contrato.

Manifiesto que no he sido responsable judicialmente por la comision de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con LA/FT, o la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos contra lesa humanidad, narcotráfico, fraude, testaferrato o corrupción.

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen de fondos:

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formato son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/FT.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos que tenga por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el -financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización, no requerirá de autorización de su titular.
3. Acepto la verificación de Listas y demás controles SARLAFT realizadas por la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque, de manera que velaré por su cumplimiento manteniendo los controles para evitar que la ESE sea utilizada en actividades ilícitas.
4. Acepto que en caso de incumplimiento la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque dé por terminado unilateralmente, y sin que haya lugar a indemnización alguna a favor mío, el/los contrato(s) que haya celebrado con la ESE.
5. Que modificaré e informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.

Liliana Pulido M.

COMO CONSTANCIA DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



HUELLA

Para uso exclusivo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque

Nombre y Apellidos	LILIANA ROCIO PULIDO MORA
Cargo	AUXILIAR DE FACTURACION
Identificación	1,068,974,432
Observaciones	

Fómeque, 25 septiembre 2026

Señores
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE
Fómeque - Cundinamarca

Asunto: Declaración de ausencia de inhabilidades e incompatibilidades para contratar.

El/la suscrito/a Liliana Rocio Pulido Mora, identificado/a con cédula de ciudadanía N° 1.068.974.432 de Choachí, declaro bajo la gravedad del juramento, de forma libre, espontánea y consciente, que el abajo firmante, que se vincula para en cumplimiento del objeto contractual no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de intereses y/o prohibición, de las señaladas en la Constitución Política y en la Ley, especialmente:

1- Estar incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con entidades públicas de conformidad con lo establecido en la constitución y las leyes.

2- Estar incurso en cualquiera de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que trata el artículo 8 de la ley 80 de 1993 y las normas que lo modifiquen o lo sustituyan.

3- Estar incurso el suscrito, en alguna de las causales de inhabilidad por incumplimiento reiterado, que genere la imposición de multas o declaratoria de incumplimiento de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la ley 1474 de 2011 y las normas que lo modifiquen o lo sustituyan.

4- No tener conocimiento sobre la existencia de procesos pendientes de carácter alimentario y que cumplo con las obligaciones de familia. Lo anterior para dar cumplimiento al artículo 6° de la Ley 311 de 1996.

5- No haber desempeñado el suscrito, funciones públicas al interior de la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE dentro de los dos años anteriores a la fecha de la presentación de la propuesta, o estar desempeñando cargo público en la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE, ni en ninguna otra institución del Estado.

6- No soy cónyuge o compañero(a) permanente con servidores públicos del nivel directivo, asesor o de control interno de la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE, ni tengo parentesco con ellos dentro del primer y segundo grado de consanguinidad, afinidad o civil

7- No me encuentro relacionado en ninguna lista restrictiva de lavado de activos de ningún país, como las denominadas Listas OFAC, Lista Clinton o en listas nacionales o internacionales de organismos policiales, judiciales o de inteligencia por posibles vínculos con organizaciones delictivas.

La presente declaración se suscribe con el fin de acreditar los documentos para trámite de contratación.

Atentamente,

NOMBRES Y APELLIDOS	Liliana Rocio Pulido Mora
FIRMA ORIGINAL	Liliana Pulido M.
IDENTIFICACIÓN	CC. 1.068.974.432
DIRECCIÓN	Manzana E casa 5, Portal San Juanero
TELÉFONO O CELULAR	3102437149
CORREO ELECTRONICO	lilianapulidomora@gmail.com