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

MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA

NOMBRE Y APELLIDOS: Luis Fernando Velasquez **FECHA DE VERIFICACIÓN:** 22-10

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

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Daniel Rodriguez

Castilla La Nueva - Meta, el 22 de octubre de 2026

B. Diana 22-Oct-2026 Planeacion. Hospital.

Dra.:
DIANA YIIRLEY CASTILLO BARRERA
Oficina De Planeación Calidad Y Desarrollo
Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-376**

Cordial saludo,
LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON, quien se identifica con **C.C. No. 17.495.744 expedida en Lejanías – Meta. de Santander.**, está interesado en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto ***"PRESTACION DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."*** de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

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

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **DOS (02) MESES Y SIETE (07) DIAS**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.2. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de **CINCO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS ($5.695.000) M/CTE**

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

El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E. cancelará el valor del contrato mediante pagos mensuales vencidos por valor de **DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($2.550.000) M/CTE.**, o proporcionalmente al tiempo efectivamente ejecutado, previa verificación del cumplimiento del objeto contractual. Para cada pago, el contratista deberá presentar el informe de actividades desarrolladas, la respectiva factura de venta y/o cuenta de cobro, la certificación de pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral y la certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con diez (10) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO:** EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará

pagos a terceros.

1.4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:

1. Prestar los servicios como CONDUCTOR de los vehículos institucionales del Hospital de Castilla La Nueva E.S.E., de conformidad con las necesidades del servicio y los requerimientos de la entidad para apoyar los procesos asistenciales, administrativos, operativos y logísticos de la entidad, incluyendo el transporte asistencial de pacientes cuando sea necesario.**2.** El CONTRATISTA desarrollará las actividades objeto del contrato conforme a la programación operativa establecida por la entidad para la prestación del servicio de conducción de los vehículos institucionales, la cual será coordinada con el supervisor del contrato para garantizar la continuidad y oportunidad del servicio.**3.** Realizar las inspecciones preoperacionales de los vehículos asignados para verificar su estado general de funcionamiento, reportando oportunamente cualquier novedad, daño o falla mecánica, y mantenerlos en condiciones óptimas de orden, aseo y presentación durante la prestación del servicio.**4.** Conducir los vehículos institucionales cumpliendo las disposiciones del Código Nacional de Tránsito, el Plan Estratégico de Seguridad Vial del Hospital y demás normas aplicables a la operación vehicular.**5.** El CONTRATISTA en la prestación de sus servicios, debe velar por la seguridad de los usuarios, pacientes, funcionarios, contratistas, acompañantes y demás personas transportadas, así como por la adecuada utilización de los vehículos institucionales.**6.** Apoyar las actividades de transporte, movilización y entrega de documentos, equipos, medicamentos, insumos, materiales y demás elementos requeridos para el funcionamiento institucional.**7.** Mantener durante la ejecución contractual las condiciones de idoneidad requeridas para la prestación del servicio, incluyendo licencia de conducción vigente y demás requisitos exigidos por la normatividad aplicable.**8.** Responder por cualquier daño patrimonial generado en desarrollo de la labor contratada e imputado a su responsabilidad a título de dolo o culpa generada por imprudencia, impericia, negligencia, o por violación de reglamentos, especialmente los relacionados por accidentes de tránsito. **9.** Presentar oportunamente los informes de actividades desarrolladas y los soportes requeridos para el trámite de pago.**10.** Cumplir los lineamientos, protocolos, procedimientos, sistemas de gestión, reglamentos internos y políticas institucionales adoptadas por el Hospital para el desarrollo de las actividades objeto del contrato.**11.** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR. **12.** Las demás obligaciones inherentes a la naturaleza del contrato y aquellas que sean necesarias para garantizar su correcta, eficiente y oportuna ejecución.
del servicio

ANEXOS:

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

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

Fernando Velasquez

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON
C.C. No. 17.495.744 expedida en Lejanías – Meta.
Dirección: MZ 9CS 4 Barrio bambú, Castilla la Nueva, Meta
Teléfono: 317-626-6585
Email: ferrchovelas@gmail.com

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Velasquez	Garzon	Luis Fernando

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 17495744

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

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 17495744 D.M. 21

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 20 MES 10 AÑO 1967

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: META

MUNICIPIO: CASTILLA LA NUEVA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MZ 9 CS 4 BARRIO BAMBÚ SAN LORENZO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: META

MUNICIPIO: CASTILLA LA NUEVA

TELÉFONO: 3176266585 EMAIL: ferrchovelas@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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 DE CASTILLA LA NUEVA				*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	03	*Año* 2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR AMBILANCIA	*DEPENDENCIA* AMBULANCIA Y URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CRA 8 # 15 VIA CACAYAL					

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	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
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

Fernando Velasquez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Castilla la Nueva

Ciudad y fecha

Karol Giraldo Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-03-11 11:17

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUIS	FERNANDO	VELASQUEZ	GARZON

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	17495744

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	SAN JUAN DE ARAMA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Dirección	["carrera 10 No.4-43 barrio centro"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$8.500.000,00
TOTAL	$8.500.000,00

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	$250.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	META	CASTILLA LA NUEVA	$32.000.000,00

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 [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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

OFERENTE: _____

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que se entiendo prestado con la suscripción del presente formulario que SI_____ NO_X___ me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, y puntualmente lo siguiente:

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

artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia? • ¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas –salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? • ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? **No aplica para servicios profesionales.**		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal a)	¿Fue servidor público de esta entidad desempeñando funciones en los niveles directivo o asesor en el último año?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal b)	¿Tiene vinculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza control interno o fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal c)	¿Es cónyuge o compañero permanente de algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza funciones de control interno o control fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal d)	• ¿Dentro de la persona jurídica tiene participación u ocupa cargos de dirección o manejo algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor? • ¿O que sea cónyuge o compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil de dicho funcionario?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal f) adicionado por el artículo 4° de la Ley 1474 de 2011.	• Usted o las personas a través de las cuales prestará el servicio, ocuparon en los últimos dos años un cargo directivo en esta entidad, ¿cuyo sector tenga relación con el objeto del futuro contrato? • Tiene parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil		X

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

TENGA EN CUENTA:

.- *Cónyuge:* persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.

.- *Compañero Permanente:* Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.

.- *Parentesco por consanguinidad:* Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.

.- *Parentesco por afinidad:* Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.

.- *Parentesco Civil:* Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.

.- *Parentesco hasta primer grado de consanguinidad:* papá, hijo,

.- *Parentesco hasta primer grado de afinidad:* papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.

.- *Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano

.- *Parentesco hasta segundo grado de afinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.

.- *Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad:* papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.

.- *Parentesco primero o único civil:* El que existe entre el hijo y los padres adoptantes.

NOMBRE Y FIRMA: Fernando Velasquez

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 17.495.744



Apellidos
VELASQUEZ GARZON

Nombres
LUIS FERNANDO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
20 OCT 1967

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN JUAN DE ARAMA (META)

Fecha y lugar de expedición
09 DIC 1985, LEJANIAS

Firma
Fernando Velasquez

Fecha de expiración
20 ABR 2036

.CO

094880904

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL094880904852042<<<<<<<<<<<
6710200M3604203COL17495744<<<2
VELASQUEZ<GARZON<<LUIS<FERNAND

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 16 Levantamiento suspensión RUT

4. Número de formulario 141278611448

(415)7707212489984(8020) 000014127861144 8

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Lejanías 4 0 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VELASQUEZ	GARZON	LUIS	FERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: MZ 9 CA 4

42. Correo electrónico: luisgarzonvelasquez6@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 0 7 0 4 1	3 1 7 6 2 6 6 5 8 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 6 0 3 1 3	0 0 1 0	2 0 2 6 0 3 1 3		0 1 2 6			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-09-16 / 11:00:26AM

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 BELTRAN BUSTOS JULIAN ANDRES

985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 15-10-2026 05:28:30PM

EJERCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO EJERCITO NACIONAL

C E R T I F I C A

Que el señor **LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 17495744, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	LUIS
Segundo Nombre:	FERNANDO
Primer Apellido:	VELASQUEZ
Segundo Apellido:	GARZON
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	17495744
Estado Tarjeta Militar:	RESERVISTA - 2DA CLASE

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

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 16 días del mes de OCTUBRE de 2026, a las 11:20:15.

Cordialmente,

CR. ROBERTO MOYA CARMONA
Director Reclutamiento - Ejercito Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 99a0fc97-b9c9-4735-8a86-dbc35a92f79c

Nombres y apellidos / Full name: **LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON**

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

Número de identificación / ID Number: **1 7 4 9 5 7 4 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **20/10/1967**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3176266585**

Correo electrónico / e-mail: **vacunacionesecastillalanueva@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID JANSSEN	Única	19	10	2021	Janssen	203F21A	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
Fiebre Amarilla	Única	13	03	2026	CHUMAKOV	325	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA - CC1123512346 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	16	07	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	LIZETH KATHERINE PINEDA CHAGUENDO - CC1006778784 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	16	07	2026	Serum	0096M003	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	LIZETH KATHERINE PINEDA CHAGUENDO - CC1006778784 - ACTIVO

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

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

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

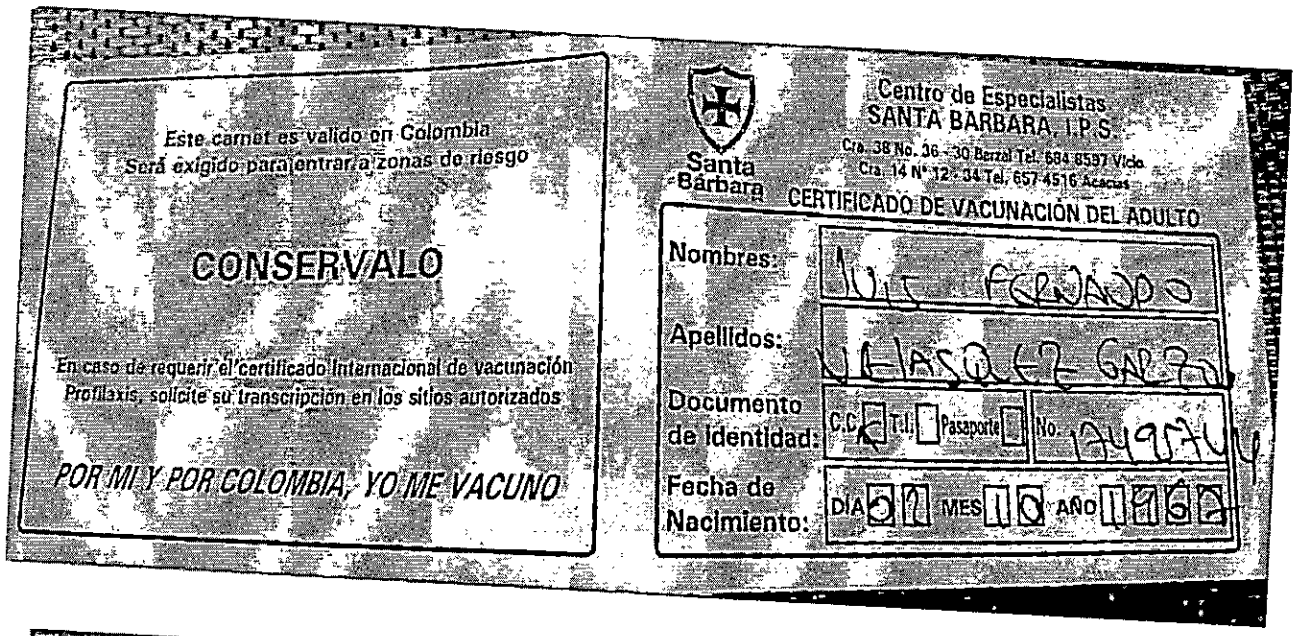
El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

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

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

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

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



Este carnet es valido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

CONSERVALO

En caso de requerir el certificado Internacional de vacunación
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

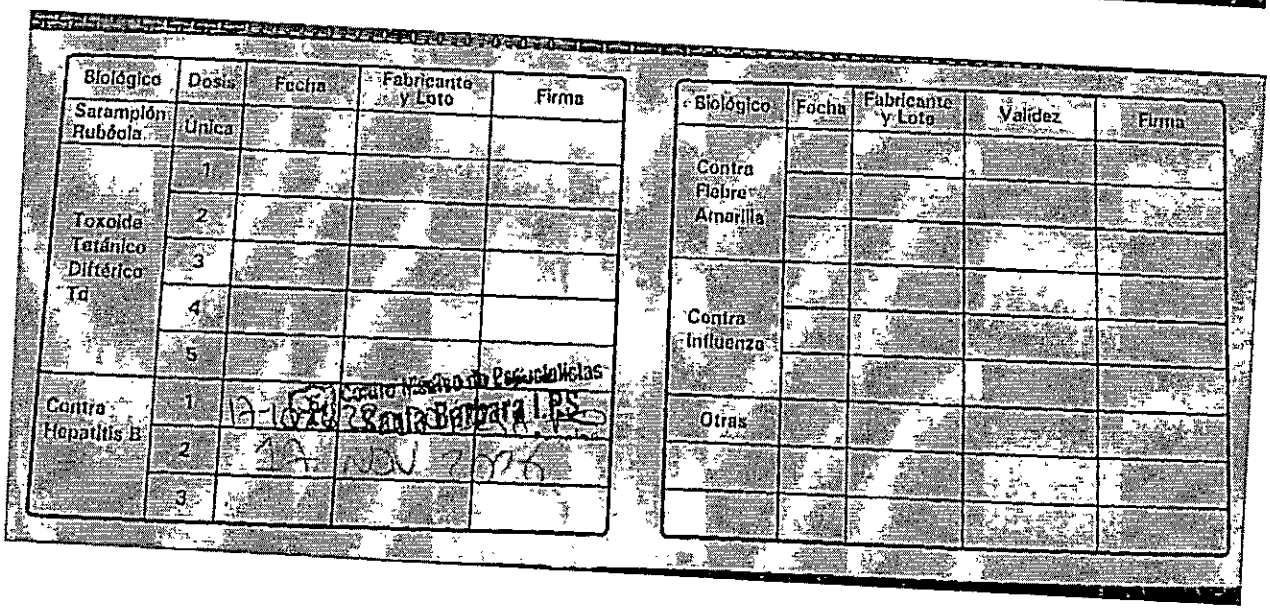
POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Santa Bárbara

Centro de Especialistas
SANTA BARBARA, I.P.S.
Cra. 38 No. 36 - 30 Barzal Tel. 684 8597 Vdo.
Cra. 14 N° 12 - 34 Tel. 657 4516 Acacias

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombres: [illegible] FERNANDO
Apellidos: [illegible] VELASQUEZ GARZON
Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 124974[illegible]
Fecha de Nacimiento: DIA 21 MES 10 AÑO 1962



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	12-10-96	Centro Nacional de Especialistas Santa Barbara I.P.S.	
	2	12-11-96	[illegible]	
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899

Dir: **Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal**

Celular: **313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155**

Correo: **atencionalusuario@santabarbaraips.com**

Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



N° 16.441

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	03 MES	2026 AÑO	CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

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

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
VELASQUEZ GARZON LUIS FERNANDO	MASCULINO	58 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	17495744 (Número)

Cargo: **CONDUCTOR**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS.	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *CUMPLE*

APTO | PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

GLUCOSA EN SUERO	✓	AUDIOMETRIA SOD	✓
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	✓	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	✓
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	✓	OPTOMETRIA	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
TRIGLICERIDOS	✓	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	✓
ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] PRUEBA PSICOSENSOMETRICA-CORDINACION MOTRIZ	✓	----------	

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- USO DE LENTES PARA VISION PROXIMA.
- MANEJO DEL VEHICULO EN FORMA PREVENTIVA.
- ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.

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

Médico

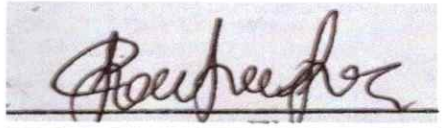


Firma:

Nombre: CC: 19156895 - MILCIADES LEON

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VELASQUEZ GARZON LUIS FERNANDO

INFORME DE EVALUACION PSICOSENSOMETRICA

Nombre: LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON
Identificación: CC 17495744 Edad: 58 Sexo: Masculino
Profesión u oficio: Conductores de automóviles, taxis y camionetas
Evaluado como: Conductores de automóviles, taxis y camionetas

Atencion Concentrada y Resistencia Vigilante a la Monotonía

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificación Parámetro	Disminución Psicomotriz
Número de Aciertos (AC)	32	30	21	Tipo 1	
Número de Errores (ER)	0	1	5	Tipo 1	
Número de Anticipos (AN)	0	1	5	Tipo 1	
Número de No Contestados (NC)	0	1	6	Tipo 1	No presenta
Número Total de Errores (TE)	0	4	15	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción en Aciertos (TMI	584 ms	895 ms	1157 ms	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción (TMR)	584 ms	895 ms	1150 ms	Tipo 1	

Reacciones Multiples en Estado de Alerta

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificación Parámetro	Disminución Psicomotriz
Número de Aciertos (AC)	20	20	13	Tipo 1	
Número de Aciertos Sin Respuesta(ASR)	10	11	7	Tipo 2	
Número Total de Aciertos (TA)	30	31	23	Tipo 2	
Número de Errores (ER)	4	2	8	Tipo 2	
Número de Anticipos (AN)	1	2	5	Tipo 1	
Número de No Contestados (NC)	2	3	8	Tipo 1	Presenta
Número Total de Errores (TE)	7	7	16	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción en Aciertos (TMI	1223 ms	1118 ms	1347 ms	Tipo 2	
Tiempo Medio de Reacción (TMR)	1252 ms	1127 ms	1360 ms	Tipo 2	
Tiempo Medio de Reacción al Frenado(TMR	1081 ms	1304 ms	1612 ms	Tipo 1	

Reaccion al Frenado (simple)

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificación Parámetro	Disminución Psicomotriz
Tiempo Medio de Reacción al Frenado(TMR	270 ms	762 ms	940 ms	Tipo 1	No presenta

Coordinación Visomotriz Bimanual

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificación Parámetro	Disminución Psicomotriz
Número Total de Errores con las dos manos	31	38	46	Tipo 1	No presenta
Tiempo Total de Error con las dos manos (T	12123 ms	31667 ms	49078 ms	Tipo 1	

Percepción de la Velocidad y Estimación del Movimiento

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificación Parámetro	Disminución Psicomotriz
Tiempo Medio de Desviación (TMD)	200 ms	673 ms	1046 ms	Tipo 1	No presenta
Tiempo Medio de Precipitación (TMP)	225 ms	594 ms	911 ms	Tipo 1	
Tiempo Medio de Retraso (TMRE)	79 ms	556 ms	1008 ms	Tipo 1	
Número de No Contestados (NC)	0	0	1	Tipo 1	

Disminución Psicomotriz General: Moderada

Concepto:

Fecha del Examen: 12/03/2026

EMPRESA: PARTICULAR
Los resultados evidencian conservadas las áreas de atención, memoria, concentración, percepción, coordinación viso manual y reacción a frenado. Sin embargo, la evaluación de discriminación de estímulos evidencia dificultad en el tiempo de reacción discriminativo y errores al responder ante los estímulos presentados. Se genera una evidencia MODERADA en la disminución psicomotriz. Este hallazgo no afecta el desempeño en su labor. Se sugiere un seguimiento de su desempeño continuo en el ámbito laboral. Se recomienda para desempeñar el cargo de CONDUCTOR con su respectivo seguimiento.

Firma del evaluado: _____

DIANA PATRICIA SÁNCHEZ NOVAS

Ps. Diana Patricia Sánchez Novas

Interpretación de las Clasificaciones:

Tipo 1 - Resultado se encuentra dentro de los criterios de normalidad.

Tipo 2 - Resultado se encuentra dentro de la zona de transición.

Tipo 3 - Resultado se encuentra por fuera de los criterios de normalidad.

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

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



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 8846

Fecha: 12/03/2026 Ciudad: CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO Eps: NUEVA EPS.
CC: 17495744 Nombre: VELASQUEZ GARZON LUIS FERNANDO Edad: 58 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 20/10/1967 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: CONDUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

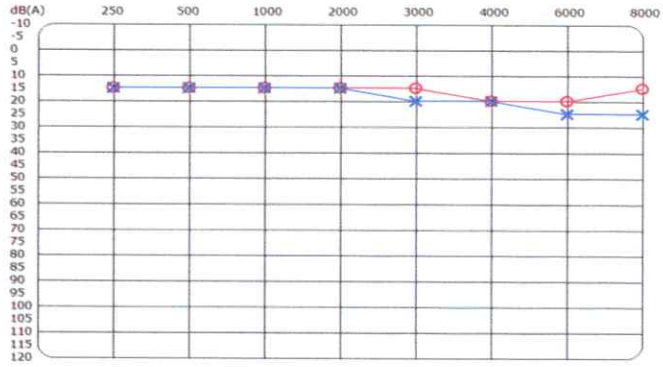
Descanso auditivo(Horas) : 8 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA41 - 69422 F. Ultima Calibración: 2025-01-29

○ : Via aérea del OD × : Via aérea del OI
< : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	15	15	15	20	20	15
VAOI	15	15	15	15	20	20	25	25



PTA Oido derecho: 15.00 PTA Oido izquierdo: 16.25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

Oído derecho: Oído izquierdo: Bilateral:

Descripción frecuencial

AUDICION NORMAL BILATERAL

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO



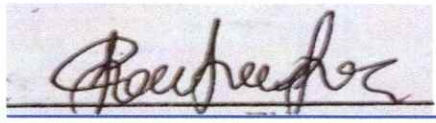
Firma:

Nombre: CC: 40315839 - MARTHA LILIANA LOPEZ

R. M.: 2916/95 **L.S.O.:** 4212 28/02/2(

Código de Seguridad
C1600I2O8846

TRABAJADOR



Firma:

Nombre: VELASQUEZ GARZON LUIS FERNANDO

CC 17495744

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON identificado(a) con CC 17495744 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/12/2020

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **E.S.E. HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 16 días del mes 10 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **17.495.744**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON identificado con CC. 17495744 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/07/25	**Fecha inicio contrato**	2026/07/24
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/10/23
Riesgo	4	**Código actividad económica**	4869901 - Otras actividades de atencion de la salud humana, incluye todas las actividades relacionadas con la salud humana que no
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/09/23	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de octubre del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC19102026N17495744A23942422.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033393461

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Luis Fernando Velasquez Garzon identificado con cédula de ciudadanía No 17.495.744 expedida en Villavicencio - Meta en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL.**TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la información suministrada de la institución que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a terceros, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la Información confidencial recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA – OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA – CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA – VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia, de lo anterior, el presente compromiso se firma a los Veintidos (22) días del mes de Octubre del 2026.

Fernando Velasquez

LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre. Luis Fernando Velasquez

CC No. 17.495.744

Nit. No. _____

Empresa _____

LA PARTE REVELADORA (Firma)

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS

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

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

Yo[1] Luis fernado Velasquez Garcon quien me identifico con cedula 17.495.744 expedida en Lejanías-Meta, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

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

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

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

La presente autorización se expide con fecha 22-10-2026

Firma: Fernando Velasquez

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304900819

PIB
11:05:19

Bogotá DC, 16 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 17495744:

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 viernes 16 de octubre de 2026, a las 11:04:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	17495744
Código de Verificación	17495744261016110405

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/10/2026 11:07:44 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **17495744** y Nombre: **LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON.**

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. **149696748** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:39:49 AM horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **17495744**

Apellidos y Nombres: **VELASQUEZ GARZON LUIS FERNANDO**

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

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 11:10:15 horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **17495744,** Apellidos y Nombres **VELASQUEZ GARZON LUIS FERNANDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE**, con NIT **900004059-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

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 17495744 **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 19/10/2026 04:30 PM

Código Verificación: **3S64PJ5K2A**

Válida hasta: **19/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificación

Bancaria

Jueves, 15 de octubre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON identificado(a) con CC 17495744, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	36761972493	2024-01-10	Activo	****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

Bancolombia

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

CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. 2026-167

CONTRATANTE	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E. NIT. 900.004.059-7
CONTRATISTA	LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON C.C. No. 17.495.744 expedida en Lejanías – Meta. Dirección: MZ 9CS 4 Barrio bambú, Castilla la Nueva, Meta Teléfono: 317-626-6585 Email: ferrchovelas@gmail.com
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO CONDUCTOR PARAMÉDICO EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR	CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS ($5,100,000) M/CTE.
TERMINO DE EJECUCION	DOS (2) MESES

Entre los suscritos: **MARTHA LUCIA HERRERA RIOS,** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 31.021.427 expedida en Castilla la Nueva – Meta, obrando en calidad de Gerente del Hospital de Castilla la Nueva "E.S.E.", nombrada mediante el Decreto Municipal No. 098 del 22 de marzo de 2024, posesionada según Acta No. 056 del 27 de marzo de 2024 con efectos fiscales a partir del 01 de abril de 2024, facultada para contratar mediante Acuerdo No 006 del 08 de octubre de 2024 y el Acuerdo No 04 del 20 de junio de 2023, en nombre y representación del **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO,** quien en adelante y para los efectos del presente CONTRATO se denominará **EL HOSPITAL**, por una parte, y por la otra parte el señor **LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON**, quien se identifica con C.C. No. 17.495.744 expedida en Lejanías – Meta, y quien para efectos de este Contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, considerando: **1.** Que, el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, señala respecto a la forma de contratar de la entidad, que: *"En materia contractual se regirá por Derecho Privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública."*, virtud por la cual el presente contrato se rige por los preceptos civiles y comerciales colombianos, por el Estatuto Interno de Contratación y por el Manual de Contratación; y respecto a las cláusulas exorbitantes, serán sujetas de aplicación según los parámetros adoptados en el artículo 9 del Estatuto Interno de Contratación. **2.** Que, el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, consagró que las Entidades Estatales que por disposición legal, cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, aplicarán en desarrollo de su actividad contractual, acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa (igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones) y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Nacional. **3.** Que, para todos los efectos legales del presente contrato de Prestación de Servicios, así como para su celebración, ejecución y liquidación, se regirá por las normas del Derecho Privado, el Estatuto interno de Contratación, el Manual de Contratación, y las demás normas que de común acuerdo se incluyan en el Contrato. **4.** Que, el Hospital Municipal de Castilla la Nueva E.S.E., en su Estudio Previo sobre la conveniencia y la oportunidad, estableció la necesidad de contratar los servicios de

PARAMÉDICO PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E, que garantice la prestación del servicio de forma personal en el Área Asistencial, fortaleciendo así el cumplimiento del objeto principal de la entidad como prestadora de servicios de salud de baja complejidad o de primer nivel de atención. **5.** Que, de acuerdo con las Leyes 10 de 1990 y 100 de 1993, la prestación de servicios de salud puede ser contratada por personas Jurídicas o Naturales, profesionales de la salud, bajo los parámetros estándares, de conformidad con lo establecido por el Decreto 2209 del 29 de octubre de 1998, por el cual se modificó parcialmente los Decretos 1737 y 1738 del 21 de agosto de 1998. **6.** Que, teniendo en cuenta las calidades y la experiencia demostrada por EL CONTRATISTA, es viable la suscripción del presente Contrato. **7.** Que, para la suscripción del presente Contrato, EL HOSPITAL cuenta con la disponibilidad presupuestal de la vigencia 2026. **8.** Que, EL CONTRATISTA se compromete con EL HOSPITAL a la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. **9.** Que, EL CONTRATISTA manifiesta con la suscripción del CONTRATO, que entiende qué es una inhabilidad e incompatibilidad, su deber de NO suscribir contratos con EL HOSPITAL si estuviere en curso de las causales, por lo cual, al suscribir el presente Contrato manifiesta NO estar inhabilitado ni incurso en incompatibilidades consagradas en la norma. **10.** Que, conforme con las anteriores consideraciones y de acuerdo con la normatividad vigente, se desprende que esta contratación cuyas cláusulas se enuncian a continuación, es jurídicamente viable: **CLAUSULA PRIMERA – OBJETO:** EL CONTRATISTA se obliga para con EL HOSPITAL a la **"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO CONDUCTOR PARAMÉDICO EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."**, de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad. **CLAUSULA SEGUNDA – ACEPTACIÓN DE DISPOSICIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA ENTIDAD:** EL CONTRATISTA se obliga con la entidad, en desarrollo de este CONTRATO, a respetar las disposiciones y los procedimientos internos técnicos y administrativos, y las políticas que se fijen por parte de EL HOSPITAL, con el fin de prestar en forma óptima el servicio contratado. EL CONTRATISTA garantiza la prestación de los servicios contratados en la cantidad y calidad acordados con el contratante. **CLAUSULA TERCERA - PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución será de **DOS (2) MESES**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato. **CLÁUSULA CUARTA – VALOR:** El valor estimado del contrato es de **CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS ($5,100,000) M/CTE.,** incluidos todos los tributos que se generen con ocasión a la celebración, ejecución y liquidación del contrato. **CLAUSULA QUINTA - FORMA DE PAGO:** El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: En mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($2,550,000) M/CTE.**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato, previa presentación del informe de actividades desarrolladas, la respectiva factura de venta y/o cuenta de cobro, certificación de pago de aportes al SGSSS y aportes parafiscales, junto la certificación de cumplimiento por el supervisor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1° del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con diez (10) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la consignación en cuenta

Mantener actualizado su domicilio durante el plazo de ejecución del contrato y cuatro meses más y presentarse a la Hospital de castilla la nueva en el momento en que se ha requerido por el mismo, para la suscripción de la correspondiente acta de liquidación en caso de que aplique. **6.** Mantener actualizado en el sistema de información y gestión del empleo público SIGEP, su hoja de vida con los respectivos soportes. **7.** Informar cualquier anomalía o dificultad que advierta en el desarrollo del contrato y proponer alternativas de solución a las misma. **8.** Cumplir con los pagos correspondientes al sistema general de seguridad social integral de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente. **9.** Presentar por escrito informes que solicite el Hospital a través del supervisor del presente contrato y presentar a satisfacción del supervisor informes mensuales de avance en los que se relaciones los servicios prestados, en cumplimiento del objeto contractual, las evidencias que soportan el cumplimiento del contrato y se aportaran en medio físico, magnético o digital según determine el supervisor. **10.** El contratista no podrá ceder el presente contrato a persona alguna o subcontratar el total o parcialmente el objeto del mismo, sin la autorización previa, expresa y escrita del Hospital de Castilla la nueva E.S.E. **11.** EL contratista deberá cumplir con las normas, decretos, resolución y circulares vigentes y aplicables en materia del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). **12.** El contratista deberá cumplir con los protocolos de bioseguridad en el marco de la emergencia sanitaria declarad por el ministerio de salud y protección social ocasionada por el coronavirus SARS-CoV-2 y deberá contar con sus elementos de protección como autocuidado al momento de ingresar y ejercer su obligación es contractuales al Hospital de castilla la nueva E.S.E. **13**. El contratista deberá participar en todas las reuniones convocadas por la gerencia capacitación relacionadas con la dependencia que se delegue para ello. **14.** El contratista deberá asistir a todas las capacitaciones relacionadas con la dependencia para la cual prestan sus servicios a excepción de quienes se encuentre de turno. **15.** El contratista deberá acreditar la asistencia a las reuniones y capacitaciones, cuando este exceptuado también deberá acreditar tal situación. **16.** El contratista participará activamente en la difusión de la información institucional en los médicos de comunicación personal con los que cuente. **CLÁUSULA OCTAVA - OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** EL HOSPITAL se compromete para con EL CONTRATISTA a realizar las siguientes actividades del mismo. **1.** Cancelar el valor total del Contrato de Prestación de Servicios, de conformidad con la forma estipulada en el mismo, siempre y cuando se haya dado estricto cumplimiento al objeto y dentro de la vigencia del mismo. **2.** Entregar al CONTRATISTA la información necesaria para el cabal cumplimiento del objeto del Contrato, así como la información, elementos y herramientas para los servicios, que se requiera para tal fin. **3.** Entregar al contratista la lista de los documentos que éste debe entregar para el pago. **4.** Comunicar oportunamente cualquier novedad o irregularidad que impida o afecte cumplir con el objeto del Contrato. **5.** Designar un supervisor en el manejo técnico y operativo del mismo. **6.** EL HOSPITAL entregará los criterios de calificación de la actitud de los profesionales en la práctica del servicio de salud y evaluará la adherencia a ellos, lo anterior como una forma de cumplir con los propósitos institucionales de Humanización del Servicio en Salud. **CLÁUSULA NOVENA - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN DEL EMPLEADO PÚBLICO:** Este Contrato no confiere la calidad de empleado público ni de trabajador oficial a EL CONTRATISTA y excluye todo reconocimiento legal que pueda derivarse de él. Este Contrato no genera derecho de permanencia en el servicio, ni vinculación laboral entre EL HOSPITAL Y EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO PRIMERO - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN PRESTACIONAL:** Por no estar sometido este Contrato al régimen laboral, no causa prestaciones sociales a cargo de EL HOSPITAL ni a favor de EL CONTRATISTA, tales como: salarios, horas extras, auxilios, subsidios, seguros, primas, indemnizaciones, cesantías, servicios médicos, etc., en desarrollo y ejecución de dicho contrato. Las partes expresan que el vinculo existente entre ellas es eminentemente civil y que, por ende, estará regido por las normas consagradas en las legislación civil y comercial, y demás disposiciones concordantes previstas para este tipo de contrato y por ningún

corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO:** EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros. **CLAUSULA SEXTA - DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:** El pago del presente contrato se imputa al presupuesto de la vigencia fiscal 2026 código **CCPET 2.1.2.02.02.009.01.01.02** denominado "Remuneración Servicios Técnicos" según Certificado de Disponibilidad Presupuestal expedido por el Subgerente Administrativo y Financiero de EL HOSPITAL. **CLAUSULA SEPTIMA - A) OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA: 1.** Prestar el servicio de conductor paramédico según las necesidades de la institución, siguiendo los lineamientos internos establecidos en las guías, protocolos e instructivos. **2.** El CONTRATISTA prestará sus servicios en turnos, los cuales serán concertados con la supervisión del contrato. **3.** El CONTRATISTA prestará su servicio con sujeción al cumplimiento del Código Nacional de Tránsito, el Plan Estratégico de seguridad Vial del HOSPITAL, las normas de traslado asistido de pacientes. **4.** El CONTRATISTA en la prestación de sus servicios, tendrá especial atención en el cuidado de su seguridad, la seguridad del paciente, la seguridad de la tripulación, la seguridad de otros usuarios en la vía, y la seguridad del equipamiento de la ambulancia. **5.** EL CONTRATISTA realizará una inspección respecto a las condiciones de la ambulancia en cada cambio de turno, conforme a los protocolos y guías dispuestas por el HOSPITAL, y la experticia del conductor. **6**. EL CONTRATISTA reportará las condiciones del vehículo al supervisor de forma permanente. Cuando surjan situaciones que afecten las condiciones físicas y/o operativas de la ambulancia, deberá soportar tal condición y la reportará de forma inmediata al supervisor. **7.** Responder por cualquier daño patrimonial generado en desarrollo de la labor contratada e imputado a su responsabilidad a título de dolo o culpa generada por imprudencia, impericia, negligencia, o por violación de reglamentos, especialmente los relacionados por accidentes de tránsito. **8.** EL CONTRATISTA tendrá la responsabilidad de prestar el servicio de forma única y exclusiva siempre que tenga las condiciones personales necesarias para prestar el servicio, esto es: Licencia de conducción activa, cursos operativos, y condiciones físicas y mentales. **9**. El contratista presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar. **10**. **CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACIÓN DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 11**. El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR. **12**. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución. **B). OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: 1**. Cumplir con el objeto y obligaciones previstas en el contrato y el estudio previo correspondiente. **2.** Cumplir con los requisitos de ejecución del contrato y suscribir el acta de inicio. **3.** Asistir y participar en los comités, reuniones, talleres, juntas y demás eventos que le indique el supervisor y se relaciones con el objeto del contrato **4.** Mantener la reserva y confidencialidad de la información, documentos y resultados que conozca y obtenga directa o indirectamente con ocasión del servicio desarrollado y deberá abstenerse de divulgar en cualquier tiempo, por cualquier medio de comunicación o demás, e contenido total o parcial de la información que le sea encomendada para el desarrollo de este contrato. **5.**

caso existirá relación laboral alguna entre EL HOSPITAL y EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO SEGUNDO – EJECUCIÓN AUTONOMA:** EL CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente Contrato con total autonomía técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume y sin subordinación con respecto al HOSPITAL. **PARÁGRAFO TERCERO – ENTENDIMIENTO DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL: EL CONTRATISTA ha recibido explicación clara y concisa de la vinculación contractual por parte de EL HOSPITAL, por lo cual entiende que el desarrollo de sus actividades profesionales son autónomas y se ciñen por las características propias de un contrato de prestación de servicios, a lo cual debe garantizar que de ninguna forma las condiciones del contrato muten e incurran en un contrato de realidad, por lo cual, se entiende que hay comunicación directa con GERENCIA para manifestar si alguna acción de funcionario o contratista incurre en acción de subordinar, para que este inmediatamente frene esta acción y tome acciones pertinentes. CLÁUSULA DECIMA – SUPERVISIÓN:** La Supervisión del presente contrato estará a cargo del funcionario que designe la Gerencia, y el apoyo a la supervisión se delegará en profesionales que por su actividad contractual requieren direccionar las acciones del área a su cargo. El SUPERVISOR del contrato podrá requerir a EL CONTRATISTA para lograr el encausamiento del desarrollo del objeto contractual, para encausar el manejo técnico y operativo, buscando una concertación en el cumplimiento de las obligaciones contractuales. **CLÁUSULA DECIMA PRIMERA – GARANTÍAS:** EL CONTRATISTA en atención al valor del contrato no requerirá garantías para amparar el riesgo por cuanto en el Estatuto de Contratación de la Entidad, en su artículo 8º, inciso tercero contempla la obligatoriedad para los contratos superiores a veinticinco (25) S.M.L.M.V. De igual forma, la Matriz de Riesgos no estableció la necesidad de suscribir garantías. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – LIQUIDACIÓN:** El presente CONTRATO no será objeto de liquidación de conformidad con el artículo 217 del Decreto Ley 019 de 2012, sin perjuicio de lo establecido en el Art. 18 de la Ley 80 de 1993, sin embargo, se suscribirá un Acta de Terminación para garantizar que la ejecución fue cumplida a cabalidad, y cesa cualquier tipo de obligación y/o vinculación entre las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA – DOCUMENTOS:** Los documentos que a continuación se relacionan, para todos los efectos hacen parte integral del Contrato, en consecuencia, producen sus mismos efectos y obligaciones jurídicas y contractuales: **a)** Hoja de vida de persona natural. **b)** Estudio previo, **c)** Los demás documentos que legalmente se requieran y los que se produjeron durante el desarrollo del proceso y en la ejecución contractual. **CLÁUSULA DECIMA CUARTA - RÉGIMEN LEGAL:** El presente Contrato se regirá, en general, por las normas civiles y comerciales vigentes aplicables, las cláusulas establecidas en este Contrato, el Estatuto Interno de Contratación, y el Manual de Contratación de la entidad. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - MODIFICACIÓN, TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN UNILATERAL:** El Contrato podrá darse por terminado, modificado e interpretado unilateralmente por el HOSPITAL con sujeción a lo previsto en el Estatuto Interno de Contratación y el Manual de Contratación del Hospital. **PARÁGRAFO:** Será causal de terminación unilateral expresa, la decisión tomada por el Comité de Control Interno Disciplinario (o por quien haga sus veces de control ético y/o profesional) por las faltas descritas en la ley y las normas internas, de igual forma, la constante situación de diferencias entre funcionarios o contratistas de la entidad, o con la existencia de UNA (1) queja o denuncia formal (probada) de los usuarios, originadas en actos de falla en la atención, actos ilegales, tráfico de influencias y en general cualquier conducta que atente contra la moral, principios y políticas de la entidad. Lo anterior con observancia del conducto regular y respeto al debido proceso. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Las partes acuerdan que para la solución de las diferencias y discrepancias que surjan de la celebración, ejecución, suspensión, terminación de este Contrato, acudirán a los procedimientos de transacción, amigable componedor o conciliación. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente Contrato

se entiende perfeccionada con la firma de las partes y para su ejecución se requiere la expedición del respectivo registro presupuestal y la suscripción de la respetiva acta de inicio. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA – INDEMNIDAD:** Con ocasión de la celebración, ejecución y liquidación del presente contrato, EL CONTRATISTA se compromete y acuerda en forma irrevocable a mantener indemne al HOSPITAL por cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA – RESPONSABILIDAD:** EL CONTRATISTA responde civil y penalmente tanto por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato como por los hechos u omisiones que le fueren imputadas y que causen daño o perjuicio al Hospital. **PARAGRAFO:** se taza como clausula penal a favor de EL HOSPITAL el equivalente al 20% del valor del contrato, como consecuencia del incumplimiento parcial del contrato (incumplimiento de la obligaciones generales y especificas), cumplimiento defectuoso o nulo cumplimiento del objeto contractual, o no realizando las obligaciones Generales y/o especificas, u/o el objeto contractual en los términos específicos o en el término general que se habla en la cláusula de "PLAZO DE EJECUCIÓN" **CLAUSULA VIGESIMA - CESION DEL CONTRATO:** EL CONTRATISTA No podrá ceder total ni parcialmente el presente contrato a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito del HOSPITAL. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA – NOTIFICACIONES:** Para todos los efectos del presente contrato, las partes serán notificadas en las siguientes direcciones: EL HOSPITAL en la carrera 8 No. 15 vía Cacayal de Castilla La Nueva - Meta; EL CONTRATISTA en la Dirección: MZ 9CS 4 Barrio bambú, Castilla la Nueva, Meta. **Para constancia se firma en el municipio de Castilla la Nueva – Meta, a los trece (13) días del mes de marzo del 2026.**

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS
Gerente

L. Fernando Velasquez

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON
Contratista

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Cristian Camilo Torres García Asesor Jurídico	Karen Dayana Calvo Aguirre Subgerente Administrativo Y Financiero	Martha Lucia Herrera Rios Gerente

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 17495744

NOMBRE

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON

FECHA DE NACIMIENTO
20-10-1967

SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICION
01-03-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOyTTE MCPAL VILLAVICENCIO

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	10-01-2024	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	01-03-2032	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	01-03-2025	PUBLICO



HOGER GARMER 21075X/1121

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02005186458

PRO

Consulta Personas

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

NOMBRE COMPLETO:	**LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON**		
DOCUMENTO:	**C.C. 17495744**	ESTADO DE LA PERSONA:	**ACTIVA**
ESTADO DEL CONDUCTOR:	ACTIVO	NÚMERO DE INSCRIPCIÓN:	5283628
FECHA DE INSCRIPCIÓN:	**17/12/2011**		

Licencia(s) de conducción

$ Multas e infracciones

\+ Información solicitudes rechazadas por SICOV

\+ Información Certificados Médicos

Pagos Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV)

Certificados de aptitud para conducción

INNOVASALUD

Profesionales mas capacitados, pacientes mas seguros.

NIT 901.871.825

CERTIFICA QUE

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 17495744

Asistió al Curso Básico

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

VERIFICACIÓN

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE el 13 de MARZO del 2027

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

INNOVASALUD

Profesionales mas capacitados, pacientes mas seguros.

NIT 901.871.825

CERTIFICA QUE

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 17495744

Asistió al Curso Básico

ATENCIÓN AL USUARIO EN EL ÁREA DE LA SALUD

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

VERIFICACIÓN

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE el 13 de MARZO del 2027

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CONDUMETA SAS

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Resolución No. 1500-56.03 / No. 4246 15 dic. 2014

SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 17495744 de LEJANIAS

Cursó y Aprobó

MECANICA BASICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Dictado el 06-03-2026 - Válido hasta 06-03-2027

COD. VERIFICACIÓN

89622

SISCONMP

CARMELINA ARDILA RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL
COORDINADORA ACADEMICA

MinEducación

MinTransporte

Cra 20 No. 36A-218 Jordán Paraiso - Villavicencio - Meta - Cel. 311 486 5314 - 313 446 6889 - 310 277 7771 - 321 320 1364

Email: infocondumeta@gmail.com - www.condumeta.co

CONDUMETA SAS

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Resolución No. 1500-56.03 / No. 4246 15 dic. 2014

SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 17495744 de LEJANIAS

Cursó y Aprobó

MANEJO DEFENSIVO

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Dictado el 10-03-2026 - Válido hasta 10-03-2027

COD. VERIFICACIÓN

89621

SISCONMP

CARMELINA ARDILA RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL
COORDINADORA ACADEMICA

MinEducación

Mintransporte

Cra 20 No. 36A-21B Jordán Paraiso - Villavicencio - Meta - Cel. 311 486 5314 - 313 446 6889 - 310 277 7771 - 321 320 1364

Email: infocondumeta@gmail.com - www.condumeta.co

CONDUMETA SAS

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Resolución No. 1500-56.03 / No. 4246 15 dic. 2014

SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 17495744 de LEJANIAS

Cursó y Aprobó

PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Dictado el 24-02-2026 - Válido hasta 24-02-2027

COD. VERIFICACIÓN

89625

SISCONMP

CARMELINA ARDILA RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL
COORDINADORA ACADEMICA

MinEducación

MinTransporte

Cra 20 No. 36A-21B Jordán Paraiso - Villavicencio - Meta - Cel. 311 486 5314 - 313 446 6889 - 310 277 7771 - 321 320 1364

Email: infocondumeta@gmail.com - www.condumeta.co

CONDUMETA SAS

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Resolución No. 1500-56.03 / No. 4246 15 dic. 2014

SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 17495744 de LEJANIAS

Cursó y Aprobó

NORMAS DE TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Dictado el 03-03-2026 - Válido hasta 03-03-2027

COD. VERIFICACIÓN
89623

SISCONMP

CARMELINA ARDILA RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL
COORDINADORA ACADEMICA

MinEducación

MinTransporte

Cra 20 No. 36A-21B Jordán Paraiso - Villavicencio - Meta - Cel. 311 486 5314 - 313 446 6889 - 310 277 7771 - 321 320 1364

Email: infocondumeta@gmail.com - www.condumeta.co

CONDUMETA SAS

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Resolución No. 1500-56.03 / No. 4246 15 dic. 2014

SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

LUIS FERNANDO VELASQUEZ GARZON

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 17495744 de LEJANIAS

Cursó y Aprobó

MANEJO DE EXTINTORES Y CONTROL DE INCENDIOS

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Dictado el 27-02-2026 - Válido hasta 27-02-2027

COD. VERIFICACIÓN
89624

SISCONMP

CARMELINA ARDILA RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL
COORDINADORA ACADEMICA

MinEducación

MinTransporte

Cra 20 No. 36A-218 Jordán Paraiso - Villavicencio - Meta - Cel. 311 486 5314 - 313 446 6889 - 310 277 7771 - 321 320 1364

Email: infocondumeta@gmail.com - www.condumeta.co

CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

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

CONSIDERANDO:

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

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

HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Luis Fernando Velasquez Garzon, con CC No. 17495.744. de Lejanias - Meta. se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-376

Verificado por:

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

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

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

CAMILA HERNANDEZ RUIZ
Profesional Contratación
Contratista