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

NOMBRE Y APELLIDOS: Paola Moreno **FECHA DE VERIFICACIÓN:**

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

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Daniel Rodriguez E.

Castilla La Nueva - Meta, el 03 de noviembre de 2026

Sandra Garcia

Dra.:
SANDRA MAGNOLIA GARCIA CHAVARRO
Director Administrativo
Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-387**

Cordial saludo,
PAULA CAROLINA MORENO URREGO, quien se identifica con C.C. No. 1.193.085.238 expedida en Castilla la Nueva – Meta, está interesado en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto ***"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ODONTOLOGIA, PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC, 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 **UN (1) MES Y QUINCE (15) 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 **SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($6,600,000) 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 de la siguiente forma: UN VALOR MENSUAL por concepto de HONORARIOS, vencido, igual y sucesivo por valor de **CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($4.400.000) M/CTE** y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, como contraprestación del servicio personal. **PARÁGRAFO PRIMERO:** La cuenta de cobro será radicada en físico en la ventanilla única de radicación y deberá contener: la presentación de la respectiva factura o documento equivalente, informe de los servicios efectuados y de las acciones desarrolladas con evidencia fotográfica, soporte documental, certificación de cumplimiento por parte del Supervisor, y la certificación de cumplimiento de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y aportes parafiscales, conforme a la ley. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** 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. EL CONTRATISTA para solicitar el pago requiere el certificado por parte del Revisor Fiscal si se está obligado a ello y/o el Representante Legal conforme al cumplimiento de lo normado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002. **PARÁGRAFO TERCERO:** 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 treinta (30) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO CUARTO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería del Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista acredite como propia, en entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos, previos los descuentos de ley.

1.4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:

EL CONTRATISTA será responsable y se obliga a:**1.** Realizar intervenciones individuales extramurales teniendo en cuenta

la demanda de usuarios desde los diferentes programas y servicios del hospital. **2.** Evaluar el estado de salud bucal del individuo identificando factores de riesgos de la población, para detectar precozmente las circunstancias o patologías que puedan alterar su desarrollo y salud, en los diferentes cursos de vida en la ruta integral para promoción y mantenimiento de la salud. **3.** Aplicar las acciones profesionales conforme a las actividades del PIC, a la población objeto del programa. Se deberá registrar los datos de la población con evidencia fotográfica y evidencia documental de las actividades.**4.** Apoyar la planificación de las actividades, estrategias de atención a los usuarios, la creación del material de apoyo, y el desarrollo de las actividades enfocadas a salud oral..**5.** Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud en la ruta integral de Atención para promoción y mantenimiento de la salud según Res. 3280 de 2018, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario).**6.** Alimentar bases de datos del programa y consolidar la información para presentar los respectivos informes .**7.** Desarrollar acciones colectivas enfocadas en la reducción de los riesgos y situaciones identificados en los entornos hogar y comunitario, promoviendo la creación de entornos saludables. **8.** EL CONTRATISTA garantizará el desplazamiento para cada una de las actividades y deberes dentro del convenio PIC. **9.** Entregar un informe mensual del cumplimiento de las obligaciones específicas del presente contrato, anexando soportes del cumplimiento del contrato. **10.** Hacer uso debido de los elementos entregados para la correcta implementación de la estrategia. **11.** Usar los elementos de protección personal. **12.** Participar activamente en las actividades institucionales que se programen. **13.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.

ANEXOS:

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

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

Paula C. Moreno

PAULA CAROLINA MORENO URREGO
C.C. No. 1.193.085.238 en Castilla la Nueva – Meta.
Dirección: Cra 8 14 4 Via Cacayal-Hotel Santa Teresita, Castilla La Nueva – Meta.
Teléfono: 3103357621
Email: paulamorenou26@gmail.com

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Moreno	Urrego	Paula Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1193085238	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO N/A D.M. NO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 31 MES 08 AÑO 2001	CARRERA 8 14 4 Via Cacayal, Hotel Santa Teresita			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	CASTILLA LA NUEVA		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO	3226260886	EMAIL	paulamorenou26@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	11	2024	033076

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Universidad Cooperativa de Colombia	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Curso de Protección Radiológica	08	2024
Universidad Cooperativa de Colombia	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	6	X		Curso en Seguridad del paciente	10	2024
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		Curso de Central de Esterilización	02	2026
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Curso de Humanización en la prestación de Servicios de Salud	03	2026
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		Curso de Atención Centrada en el Usuario de los Servicios de Salud	03	2026
Fundación Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI Comunitario	03	2026
Fundacion Nuestra Señora de la Esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Curso Atencion Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Victimas del Conflicto Armado	03	2026
Medicenter	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		Curso Atención integral en salud a víctimas de violencia sexual	10	2026

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL			X			X			X
INGLÉS	X				X			X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	06	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0577 2012 ODONTOLOGA	*DEPENDENCIA* ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	03	*Año*	2026	*Día*	08	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGO APS	*DEPENDENCIA* APS						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Consultorio Ama Tu Sonrisa			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3157431385	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	16	*Mes*	02	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGA GENERAL	*DEPENDENCIA* CONSULTORIO ODONTOLOGICO						*DIRECCIÓN* CALLE 15 22 20					

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	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	10
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

Paula C. Moreno.

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	2026-05-28 11:03

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAULA	CAROLINA	MORENO	URREGO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1193085238

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

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	$10.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	$12.000.000,00
Honorarios	$10.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$5.000.000,00
TOTAL	$37.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$6.000.000,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$10.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$75.000.000,00
INMUEBLE	COLOMBIA	META	CASTILLA LA NUEVA	$11.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$7.500.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] 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:

Castilla la Nueva-Meta, a los 03 de 11 de 2016

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

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que entiendo las inhabilidades e incompatibilidad establecidas en la ley y mediante la suscripción del presente formulario SI_____ NO_x__ me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, en relación las siguientes:

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

	• ¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas – salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? • ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional?		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? **No aplica para servicios profesionales.**		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 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	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil con el Representante Legal de esta entidad?		X

artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	• ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		
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?		X
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		X
OBSERVACIONES:	*"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."*		

TENGA EN CUENTA:

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

Firma, Paula C. Moreno
Nombre: Paula Moreno
Cédula: 1193085238



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.085.238
MORENO URREGO
APELLIDOS
PAULA CAROLINA
NOMBRES

Paula Moreno
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-2001
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-OCT-2019 CASTILLA LA NUEVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-5201000-01108364-F-1193085238-20191107 0068771707A 1 53360086

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141251194981

(415)7707212489984(8020) 000014125119498 1

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	URREGO	PAULA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
RESTAURANTE Y HOTEL SANTA TERESITA	

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: KM 1 VIA CACAYAL

42. Correo electrónico: reinelmorenod@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 2 2	2 0 2 5 0 6 0 2	5 5 1 1	2 0 2 1 0 6 0 9		2 5 1 1	5 2 2 1

Ocupación	
51. Código	52. Número establecimientos

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	5	4	9	5	0																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

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 2026-05-12 / 12:40:00PM

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 MORENO URREGO PAULA CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6871cd03-e040-4ce1-8478-6bc4f83b3449

Nombres y apellidos / Full name

PAULA CAROLINA MORENO URREGO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 9 3 0 8 5 2 3 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

31/08/2001

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3208352804

Correo electrónico / e-mail

paulamorenou26@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination (Dia / Day)	(Mes / Month)	(Año / Year)	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
VPH	Primera	05	06	2013		J001754	ACACIAS SERVIMEDICOS DE LA 15	
VPH	Segunda	15	11	2013		J005798	ACACIAS SERVIMEDICOS DE LA 15	
TD Adulto	Quinta	10	09	2020		2338X004AE	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARLOS PIZARRO
Fiebre Amarilla	Única	10	09	2020		R3F881V	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARLOS PIZARRO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	10	09	2020		V50220013	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARLOS PIZARRO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	30	09	2020		UFX19002	CENTRO MEDICO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS ACACIAS	MAIRA ALEJANDRA JIMENEZ CASTRO
COVID SINOVAC	Primera	09	07	2021	Sinovac	202106082I	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	ADRIANA CADENA
COVID SINOVAC	Segunda	06	08	2021	Sinovac	202106059O	FORJA EMPRESAS	SINDY CATHERINE BALAGUERA QUINTERO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	28	07	2022	Green Cross	V50222013	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO
Hepatitis A y B Particular	Primera	03	08	2022		AHABB427AL	CENTRO DE VACUNACION PROTEGER	IRMA ELENA RIVEROS GARCIA
Triple Viral Particular	Primera	03	08	2022		A69DF364A	CENTRO DE VACUNACION PROTEGER	IRMA ELENA RIVEROS GARCIA
Varicela Particular	Primera	03	08	2022		U034675	CENTRO DE VACUNACION PROTEGER	IRMA ELENA RIVEROS GARCIA
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	03	08	2022		AC37B367AG	CENTRO DE VACUNACION PROTEGER	IRMA ELENA RIVEROS GARCIA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	04	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	GISELA YALIXSA CADAVID MENESES - CC1092914227 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 667fcd03-e040-4ce1-8478-6bc4f33b3449

Nombres y apellidos / Full name

PAULA CAROLINA MORENO URREGO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 9 3 0 8 5 2 3 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

31/08/2001

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3208352804

Correo electrónico / e-mail

paulamorenou26@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
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	28	05	2026		220501325A	PREVIS IPS - SEDE ACACIAS	CINDY VANESSA AGUDELO ALVAREZ - CC1020431209 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

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



N° 16.268

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	03 MES	2026 AÑO	ACACÍAS (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	
MORENO URREGO PAULA CAROLINA	FEMENINO	24 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1193085238 (Número)

Cargo: **ODONTOLOGA**

EPS	AFP	ARL
CAJA COPI	PORVENIR	POSITVIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *CUMPLE.*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

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

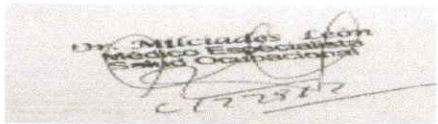
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- APLICAR BIOSEGURIDAD EN EL HORARIO LABORAL.
- ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.

Declaro que he sido informado de manera clara, suficiente y comprensible sobre la 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

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

Código de Seguridad
T1600Z1F16268

Aspirante o Trabajador

Paula M.

Firma:

Nombre: MORENO URREGO PAULA CAROLINA

CC: 1193085238

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

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



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 10,207

Fecha: 06/03/2026 **Municipio:** CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA) **CC:** 1193085238 **Nombre:** MORENO URREGO PAULA CAROLINA **Edad:** 24 AÑOS 6
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** ODONTOLOGA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: CAJA COPI **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO **F. Último Examen:** 08/10/2025
Lugar del Último Examen: ACACIAS **Motivo Consulta:** CONTROL

ANTECEDENTES VISUALES

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

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

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

EXAMEN EXTERNO

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

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

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

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

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

QUERATROMETRÍA

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

REFRACCIÓN

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

RX FINAL

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

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

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

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

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

OPTOMETRA

TATIANA CUASTUMAL ARTEAGA
Optómetra Especialista en S O
Resolución No. 4320

Firma:

Nombre: NIT: 52562329 - TATIANA1 CUASTUMAL

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

Código de Seguridad

Z1600F3L10207

PACIENTE

Paula M.

Firma:

Nombre: MORENO URREGO PAULA CAROLINA

CC: 1193085238

VILLAVICEN, Octubre 25 de 2026

Señora:

MORENO URREGO PAULA CAROLINA

CC. 1193085238CR 8 14 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 18 de 2026. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
MORENO URREGO PAULA CAROLINA	1193085238	C	Mar-18-2026	24	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	1193085238	Dependiente	CERRADO
PAULA CAROLINA MORENO URREGO	1193085238	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
PAULA CAROLINA MORENO URREGO	1193085238	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PAULA CAROLINA MORENO URREGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.085.238**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

PAULA CAROLINA MORENO URREGO identificado con CC. 1193085238 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/06/03	**Fecha inicio contrato**	2026/06/03
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/11/02
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/11/02	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 26 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: **CC26102026N1193085238A24172076.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033626
307

Cordialmente,

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

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Paula Carolina Moreno Urrego identificado con cédula de ciudadanía No 1.193085.238 expedida en Castilla la Nueva, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL.**TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la "Información confidencial" que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a un tercero, 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 Mes (03) días del mes de Nov. del 2026.

Paula C. Moreno

LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre. Paula Carolina Moreno

CC No. 1.193.085.238

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] Paula Carolina Moreno Urrego quien me identifico con cedula 1.193.085.238 expedida en Castilla la Nueva, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

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

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

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

La presente autorización se expide con fecha 03-11-2026

Firma: Paula C. Moreno

[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. 305206992

PIB
01:49:52

Bogotá DC, 22 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) PAULA CAROLINA MORENO URREGO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1193085238:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 22 de octubre de 2026, a las 01:51:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1193085238
Código de Verificación	1193085238261022015146

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNG

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:52:52 AM horas del 22/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1193085238**

Apellidos y Nombres: **MORENO URREGO PAULA CAROLINA**

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.

Policía Nacional de Colombia (https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/10/2026 01:57:02 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1193085238** y Nombre: **PAULA CAROLINA MORENO URREGO.**

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. **150051676** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:59:23 horas del 22/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1193085238,** Apellidos y Nombres **MORENO URREGO PAULA CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

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

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 1193085238 **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 26/10/2026 07:24 AM

Código Verificación: **U8GEA4CBVK**

Válida hasta: **26/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificación
Bancaria

Domingo, 25 de octubre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que PAULA CAROLINA MORENO URRREGO identificado(a) con CC 1193085238, 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	89083170744	2025-04-26	Activo	****

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO 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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

COLEGIO COLOMBIANO DE ODONTÓLOGOS

Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud



Paula Carolina Moreno Urrego

Odontólogo

C.C. 1.193.085.238

Universidad Cooperativa de Colombia
Villavicencio

Diploma:31/01/2025
RETHUS: 17/02/2025

Esta tarjeta es un documento público y expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Es personal e intransferible.
Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Odontologo: contacto@colegiodeodontologos.org

Duvan Franco Mendoza
Representante Legal
Colegio Colombiano de Odontologos

CCO- 033076

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

PAULA CAROLINA MORENO URREGO

con Cédula de Ciudadanía No. 1.193.085.238 de Castilla La Nueva
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ODONTÓLOGA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Villavicencio el día 31 de enero de 2025

Libro de Registros No. 0081020241 Folio No. 074 Registro No. 0738
Refrendado en Villavicencio el día 30 de enero de 2025

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

ste documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Paula Andrea Rincon Sandoval

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 10-6075-2024

PROGRAMA:	ODONTOLOGÍA
CODIGO SNIES:	52584
FECHA GRADO:	31 DE ENERO DE 2025
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS VILLAVICENCIO

En atención a que PAULA CAROLINA MORENO URREGO
con Cédula de Ciudadanía No 1.193.085.238 de Castilla La Nueva
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ODONTÓLOGA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Villavicencio, mediante acta No 017 en sesión del día 16 de diciembre de 2024.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) facultad y Secretario (a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	CESAR AUGUSTO PEREZ LONDOÑO
Decano(a) facultad:	ELSA LORENA DURAN ARISMENDY
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Villavicencio el día 31 DE ENERO DE 2025

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989

No. CERTIFICADO: TNEO2026-8661

LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

HACE CONSTAR:

Que la persona con No. de identificación 1193085238, NO REGISTRA ANTECEDENTES por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día viernes, 23 de octubre de 2026 a las 12:35

Esta constancia NO acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 3100 de 2019, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respetivo documento de identificación coincida con el aquí registrado.

La firma mecánica plasmada en este documento tiene plena validez para todos los efectos legales, según lo establecido en la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2150 de 1995.

EDDY MERCEDES TAPIAS ARENAS
Abogada Secretaria

Para verificar la validez de este certificado puede ingresar a la página http://www.tribunaleticaodontologica.org/tneo/validacertifica.aspx o escanee el código QR

17 de febrero del 2026, Acacías-Meta

CARTA LABORAL

A quien corresponda,

Por medio de la presente me permito informar que la Dra. Paula Carolina Moreno Urrego, identificada con cédula de ciudadanía 1.193.085.238 de Castilla la Nueva, Meta, estuvo vinculada laboralmente en mi consultorio odontológico AMA tu Sonrisa en Acacías, Meta desde marzo del 2025 hasta febrero del 2026, desempeñándose como Odontóloga General.

Durante este tiempo, ha demostró ser responsable y comprometida con la atención integral de los pacientes, realizando de manera adecuada procedimientos propios de la odontología general, entre los cuales se destacan:

- Valoración, diagnóstico odontológico, manejo de historia clínica y planes de tratamiento.
- Operatoria dental (resinas y restauraciones provisionales)
- Profilaxis, control de placa bacteriana, educación en salud oral y detartraje supragingival
- Aplicación de flúor, sellantes de fosas y fisuras, exodoncias simples en niños.
- Rehabilitación oral (prótesis totales, removibles, flexibles, prótesis fija)
- Estética (por interés)

La presente carta se expide a solicitud de la interesada para los fines que estime convenientes.

Atentamente,

CONSULTORIO AMA TU SONRISA

Dra. Ángela María Almanza

Odontóloga, especialista en Endodoncia

Cel: 315 743 1385

CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. 2026-164

CONTRATANTE	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E. NIT. 900.004.059-7
CONTRATISTA	PAULA CAROLINA MORENO URREGO C.C. No. 1.193.085.238 expedida en Castilla la Nueva – Meta. Dirección: Crr. 8, vía Cacayal, Hotel Santa Teresita, Castilla la Nueva – Meta. Teléfono: 322-626-0886 Email: paulamorenou26@gmail.com
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA PARA LA CONFORMACION, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO A EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL ÁREA RURAL, EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CONFORME A LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
VALOR	DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($12.600.000) 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 la señora **PAULA CAROLINA MORENO URREGO**, quien se identifica con C.C. No. 1.193.085.238 expedida en Castilla la Nueva – Meta, y quien para efectos de este Contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, considerando: **1.** Que, el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, señala respecto a la forma de contratar de la entidad, que: "En materia contractual se regirá por Derecho Privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.", virtud por la cual el presente contrato se rige por los preceptos civiles y comerciales colombianos, por el Estatuto Interno de Contratación y por el Manual de Contratación; y respecto a las cláusulas exorbitantes, serán sujetas de aplicación según los parámetros adoptados en el artículo 9 del Estatuto Interno de Contratación. **2.** Que, el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, consagró que las Entidades Estatales que por disposición legal, cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, aplicarán en desarrollo de su actividad contractual, acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa (igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones) y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Nacional. **3.** Que, para todos los efectos legales del presente contrato de Prestación de Servicios, así como para su celebración, ejecución y liquidación, se regirá por las normas del Derecho Privado, el Estatuto interno de Contratación, el Manual de Contratación, y las demás normas que de

común acuerdo se incluyan en el Contrato. **4.** Que, el Hospital Municipal de Castilla la Nueva E.S.E., en su Estudio Previo sobre la conveniencia y la oportunidad, estableció la necesidad de contratar los servicios de un **PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA 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 de Prestación de Servicios. **7.** Que, para la suscripción del presente Contrato, EL HOSPITAL cuenta con la disponibilidad presupuestal de la vigencia 2026. **8.** Que, EL CONTRATISTA se compromete con EL HOSPITAL a la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. **9.** Que, EL CONTRATISTA manifiesta con la suscripción del CONTRATO, que entiende qué es una inhabilidad e incompatibilidad, su deber de NO suscribir contratos con EL HOSPITAL si estuviere en curso de las causales, por lo cual, al suscribir el presente Contrato manifiesta NO estar inhabilitado ni incurso en incompatibilidades consagradas en la norma. **10.** Que, conforme con las anteriores consideraciones y de acuerdo con la normatividad vigente, se desprende que esta contratación cuyas cláusulas se enuncian a continuación es jurídicamente viable: **CLAUSULA PRIMERA – OBJETO:** EL CONTRATISTA se obliga para con EL HOSPITAL a la ***"PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA PARA LA CONFORMACION, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO A EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN EL ÁREA RURAL, EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CONFORME A LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL"***, de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad **CLAUSULA SEGUNDA – ACEPTACIÓN DE DISPOSICIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA ENTIDAD:** EL CONTRATISTA se obliga con la entidad, en desarrollo de este CONTRATO de Prestación de Servicios, a respetar las disposiciones y los procedimientos internos técnicos y administrativos, y las políticas que se fijen por parte de EL HOSPITAL, con el fin de prestar en forma óptima el servicio contratado. EL CONTRATISTA garantiza la prestación de los servicios contratados en la cantidad y calidad acordados con el contratante. **CLAUSULA TERCERA - PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución será de **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 **DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($12.600.000) 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 forma: UN VALOR MENSUAL por concepto de HONORARIOS, vencido, igual y sucesivo por valor de **SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.300.000)**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, como contraprestación del servicio personal, siempre que se haya prestado el servicio y se haya cumplido con las condiciones específicas. **PARÁGRAFO PRIMERO:** La cuenta de cobro será radicada en físico en la ventanilla única de radicación y deberá contener: la presentación de la respectiva factura o documento equivalente, informe de los servicios efectuados y de las acciones desarrolladas con evidencia fotográfica, soporte documental, certificación de cumplimiento por parte del Supervisor, y la certificación de cumplimiento de

pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y aportes parafiscales, conforme a la ley. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** 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. EL CONTRATISTA para solicitar el pago requiere el certificado por parte del Revisor Fiscal si se está obligado a ello y/o el Representante Legal conforme al cumplimiento de lo normado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002. **PARÁGRAFO TERCERO:** 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 treinta (30) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO CUARTO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería del Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista acredite como propia, en entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos, previos los descuentos de ley. **CLAUSULA SEXTA - DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:** El pago del presente contrato se imputa al presupuesto de la vigencia fiscal 2026 código **CCPET: 2.1.2.02.02.009.01.03.03.04** denominado "Gastos de Personal - Rural" según Certificados de Disponibilidad Presupuestal expedidos por la Subgerente Administrativo y Financiero de EL HOSPITAL. **CLAUSULA SEPTIMA - A) OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA: 1.** Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas de acuerdo con programación. **2.** Evaluar el estado de salud bucal del individuo identificando factores de riesgos de la población, para detectar precozmente las circunstancias o patologías que puedan alterar su desarrollo y salud, en los diferentes cursos de vida en la ruta integral para promoción y mantenimiento de la salud. **3.** Participar en la implementación y retroalimentación del Plan de Cuidado Primario según su competencia. **4.** Apoyar la planificación de las actividades, estrategias de atención a los usuarios, la creación del material de apoyo, y el desarrollo de las actividades enfocadas a salud oral. **5.** Brindar información y educación en salud oral orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. **6.** Digitalizar los instrumentos y herramientas que sean utilizados durante la implementación de APS que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin o la IPS. **7.** Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud en la ruta integral de Atención para promoción y mantenimiento de la salud según Res. 3280 de 2018, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario). **8.** Realizar Valoración integral en salud en los diferentes cursos de vida según resolución 3280 de 2018 a la población identificada en los microterritorios. **9.** Desarrollar acciones colectivas enfocadas en la reducción de los riesgos y situaciones identificados en los entornos hogar y comunitario, promoviendo la creación de entornos saludables. **10.** Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo. **11.** Entregar un informe mensual del cumplimiento de las obligaciones específicas del presente contrato, anexando soportes del cumplimiento del contrato. **12.** Hacer uso debido de los elementos entregados para la correcta implementación de la estrategia. **13.** Usar los elementos de protección personal. **14.** Participar activamente en las actividades institucionales que se programen. **15.** 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**. EL CONTRATISTA mantendrá sus capacidades operativas y funcionales necesarias para la ejecución de contrato, en el momento que pierda su capacidad operativa, su capacidad o permisos, para ejercer su profesión, suspenderá la prestación de sus servicios e informará inmediatamente tal situación al Supervisor. **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 total o parcialmente el objeto del mismo, sin la autorización previa, expresa y escrita del HOSPITAL **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 participar en todas las reuniones que disponga la Gerencia en relación a temas de interés del HOSPITAL. **13.** El contratista deberá acreditar la asistencia a las reuniones y capacitaciones, cuando este exceptuado también deberá acreditar tal situación. **14.** El contratista participará activamente en la difusión de la información institucional en los médicos de comunicación personal con los que cuente. **CLÁUSULA OCTAVA - OBLIGACIONES DEL HOSPITAL** EL HOSPITAL se compromete para con EL CONTRATISTA a realizar las siguientes actividades del mismo. **1.** Cancelar el valor total del Contrato de Prestación de Servicios, de conformidad con la forma estipulada en el mismo, siempre y cuando se haya dado estricto cumplimiento al objeto y dentro de la vigencia del mismo. **2.** Entregar al CONTRATISTA la información necesaria para el cabal cumplimiento del objeto del Contrato, así como la información, elementos y herramientas para los servicios, que se requiera para tal fin. **3.** Entregar al contratista la lista de los documentos que éste debe entregar para el pago. **4.** Comunicar oportunamente cualquier novedad o irregularidad que impida o afecte cumplir con el objeto del Contrato. **5.** Designar un supervisor en el manejo técnico y operativo del mismo. **CLÁUSULA NOVENA - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN DEL EMPLEADO PÚBLICO:** Este Contrato de Prestación de Servicios no confiere la calidad de empleado público ni de trabajador oficial a EL CONTRATISTA y excluye todo reconocimiento legal que pueda derivarse de él. Este Contrato de Prestación de Servicios no genera derecho de permanencia en el servicio, ni vinculación laboral entre EL HOSPITAL Y EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO PRIMERO - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN PRESTACIONAL:** Por no estar sometido este Contrato de Prestación de Servicios al régimen laboral, no causa prestaciones sociales a cargo de EL HOSPITAL ni a favor de EL CONTRATISTA, tales como salarios, horas extras, auxilios, subsidios, seguros, primas, indemnizaciones, cesantías, servicios médicos, etc. en desarrollo y ejecución de dicho contrato. Las partes expresan que el vínculo existente entre ellas es eminentemente civil y que, por ende,

estará regido por las normas consagradas en las legislaciones civil y comercial, y demás disposiciones concordantes previstas para este tipo de contrato y por ningún caso existirá relación laboral alguna entre EL HOSPITAL y EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO SEGUNDO – EJECUCIÓN AUTONOMA:** EL CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente Contrato con total autonomía técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume y sin subordinación con respecto al HOSPITAL. **PARÁGRAFO TERCERO – ENTENDIMIENTO DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL: EL CONTRATISTA ha recibido explicación clara y concisa de la vinculación contractual por parte de EL HOSPITAL, por lo cual entiende que el desarrollo de sus actividades profesionales son autónomas y se ciñen por las características propias de un contrato de prestación de servicios, a lo cual debe garantizar que de ninguna forma las condiciones del contrato muten e incurran en un contrato de realidad, por lo cual entiende que hay comunicación directa con GERENCIA para manifestar si alguna acción de funcionario o contratista incurre en acción de subordinar, para que este inmediatamente frene esta acción y tome acciones pertinentes. CLÁUSULA DECIMA – 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 – GARANTIA UNICA:** El CONTRATISTA para la ejecución del contrato, deberá presentar las siguientes pólizas, considerando: **I.** Que, en atención al valor del contrato **SI** requerirá garantías para amparar el riesgo por cuanto en el Estatuto de Contratación de la Entidad, en su artículo 8º, inciso tercero, se contempla la obligatoriedad para los contratos superiores a veinticinco (25) S.M.L.M.V., de igual forma, establece el valor porcentual para cada póliza. **II.** Que, en el análisis del riesgo en los Estudios Previos, se estableció la necesidad de suscripción de pólizas para cubrir el riesgo del contrato; **III.** Que, el Decreto 1082 de 2015 Sector Administrativo de Planeación Nacional, establece los riesgos que deben cubrir las garantías en la contratación y aspectos a tener en cuenta. Por lo cual, constituirá: **A. Póliza de responsabilidad civil profesional:** Su cuantía será equivalente al TREINTA por ciento (30%) del valor del contrato y cubrirá la vigencia del mismo. Por lo tanto, se entiende que EL CONTRATISTA mantendrá indemne al HOSPITAL por cualquier consecuencia derivada del servicio prestado. En todo caso, la póliza cubrirá los daños que puedan sufrir terceros debido a errores u omisiones. **PARÁGRAFO**: Las pólizas deberán ser entregadas a la entidad en los cinco (5) días hábiles posteriores a la firma del contrato, para la revisión y posterior a probación de EL HOSPITAL. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – LIQUIDACIÓN**: El presente CONTRATO no será objeto de liquidación de conformidad con el artículo 217 del Decreto Ley 019 de 2012, sin perjuicio de lo establecido en el Art. 18 de la Ley 80 de 1993, sin embargo, se suscribirá un Acta de Terminación para garantizar que la ejecución fue cumplida a cabalidad, y cesa cualquier tipo de obligación y/o vinculación entre las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA – DOCUMENTOS:** Los documentos que a continuación se relacionan, para todos los efectos hacen parte integral del Contrato de Prestación de Servicios y, en consecuencia, producen sus mismos efectos y obligaciones jurídicas y contractuales: **a)** Hoja de vida de persona natural. **b)** Estudio previo, **c)** Los demás documentos que legalmente se requieran y los que se produzcan durante el desarrollo del citado Contrato de Prestación de Servicios. **CLÁUSULA DECIMA CUARTA - RÉGIMEN LEGAL:** El presente Contrato de Prestación de Servicios se regirá en general por las normas civiles y comerciales vigentes aplicables, las cláusulas establecidas en este Contrato, el Estatuto Interno de Contratación, y el Manual de Contratación de la entidad. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - MODIFICACIÓN,**

TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN UNILATERAL: El Contrato de Prestación de Servicios podrá darse por terminado, modificado e interpretado unilateralmente por el HOSPITAL con sujeción a lo previsto en el Estatuto Interno de Contratación y el Manual de Contratación del Hospital. **PARAGRAFO:** Será causal de terminación unilateral expresa, la decisión tomada por el Comité de Control Interno Disciplinario (o por quien haga sus veces de control ético y/o profesional) por las faltas descritas en la ley y las normas internas, de igual forma, la constante situación de diferencias entre funcionarios o contratistas de la entidad, o con la existencia de UNA (1) queja o denuncia formal (probada) de los usuarios, originadas en actos de falla en la atención, actos ilegales, tráfico de influencias y en general cualquier conducta que atente contra la moral, principios y políticas de la entidad. Lo anterior con observancia del conducto regular y respeto al debido proceso. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Las partes acuerdan que para la solución de las diferencias y discrepancias que surjan de la celebración, ejecución, suspensión, terminación de este Contrato de Prestación de Servicios, acudirán a los procedimientos de transacción, amigable componedor o conciliación. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente Contrato de Prestación de Servicios se entiende perfeccionada con la firma de las partes y para su ejecución se requiere la expedición del respectivo registro presupuestal y la suscripción de la respetiva acta de inicio. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA – INDEMNIDAD:** Con ocasión de la celebración, ejecución y liquidación del presente contrato, EL CONTRATISTA se compromete y acuerda en forma irrevocable a mantener indemne al Hospital 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 específicas, u/o el objeto contractual en los términos específicos o en el término general que se habla en la cláusula de "PLAZO DE EJECUCIÓN" **CLAUSULA VIGESIMA - CESION DEL CONTRATO:** EL CONTRATISTA. No se podrá ceder total ni parcialmente el presente contrato a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito del Hospital de Castilla La Nueva E.S.E. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA – NOTIFICACIONES:** Para todos los efectos del presente contrato, las partes serán notificadas en las siguientes direcciones: EL HOSPITAL en la carrera 8 No. 15 vía Cacayal de Castilla La Nueva - Meta; EL CONTRATISTA en la Dirección: Crr 8, vía Cacayal, Hotel Santa Teresita - Castilla la Nueva – Meta. **Para constancia se firma en el municipio de Castilla La Nueva – Meta, a los diez (10) días del mes de marzo del 2026.**

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS
Gerente

Paula C. Moreno

PAULA CAROLINA MORENO URREGO
Contratista

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Anggie Daniela Rojas Quintin Técnico Administrativo	Cristian Camilo Torres García Asesor Jurídico	Karen Dayanna Calvo Aguirre Subgerente Administrativo y Financiero

CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
No. 2026-247

CONTRATANTE	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E. NIT. 900.004.059-7
CONTRATISTA	**PAULA CAROLINA MORENO URREGO** C.C. No. 1.193.085.238 expedida en Castilla la Nueva – Meta Dirección: Cra 8 14 4 Via Cacayal-Hotel Santa Teresita, Castilla La Nueva – Meta. Teléfono: 3103357621 Email: paulamorenou26@gmail.com
OBJETO	***"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ODONTOLOGIA, PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC, EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.".***
VALOR	VEINTICUATRO MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL PESOS ($24,128,000) M/CTE
TERMINO DE EJECUCION	CINCO (5) 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 la señora **PAULA CAROLINA MORENO URREGO** quien se identifica con C.C. No. 1.193.085.238 expedida en Castilla la Nueva – Meta , y quien para efectos de este Contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**, considerando: **1.** Que, el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, señala respecto a la forma de contratar de la entidad, que: *"En materia contractual se regirá por Derecho Privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública."*, virtud por la cual el presente contrato se rige por los preceptos civiles y comerciales colombianos, por el Estatuto Interno de Contratación y por el Manual de Contratación; y respecto a las cláusulas exorbitantes, serán sujetas de aplicación según los parámetros adoptados en el artículo 9 del Estatuto Interno de Contratación. **2.** Que, el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, consagró que las Entidades Estatales que por disposición legal, cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, aplicarán en desarrollo de su actividad contractual, acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa (igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones) y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Nacional. **3.** Que, para todos los efectos legales del presente contrato de Prestación de Servicios, así como para su celebración, ejecución y liquidación, se regirá por las normas del

Derecho Privado, el Estatuto interno de Contratación, el Manual de Contratación, y las demás normas que de común acuerdo se incluyan en el Contrato. **4.** Que, el Hospital Municipal de Castilla la Nueva E.S.E., en su Estudio Previo sobre la conveniencia y la oportunidad, estableció la necesidad de contratar los servicios de un **PROFESIONAL 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 de Prestación de Servicios. **7.** Que, para la suscripción del presente Contrato, EL HOSPITAL cuenta con la disponibilidad presupuestal de la vigencia 2026. **8.** Que, EL CONTRATISTA se compromete con EL HOSPITAL a la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. **9.** Que, EL CONTRATISTA manifiesta con la suscripción del CONTRATO, que entiende qué es una inhabilidad e incompatibilidad, su deber de NO suscribir contratos con EL HOSPITAL si estuviere en curso de las causales, por lo cual, al suscribir el presente Contrato manifiesta NO estar inhabilitado ni incurso en incompatibilidades consagradas en la norma. **10.** Que, conforme con las anteriores consideraciones y de acuerdo con la normatividad vigente, se desprende que esta contratación cuyas cláusulas se enuncian a continuación es jurídicamente viable: **CLAUSULA PRIMERA – OBJETO:** EL CONTRATISTA se obliga para con EL HOSPITAL a la ***"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ODONTOLOGIA, PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC, EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."***. de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad **CLAUSULA SEGUNDA – ACEPTACIÓN DE DISPOSICIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA ENTIDAD:** EL CONTRATISTA se obliga con la entidad, en desarrollo de este CONTRATO de Prestación de Servicios, a respetar las disposiciones y los procedimientos internos técnicos y administrativos, y las políticas que se fijen por parte de EL HOSPITAL, con el fin de prestar en forma óptima el servicio contratado. EL CONTRATISTA garantiza la prestación de los servicios contratados en la cantidad y calidad acordados con el contratante. **CLAUSULA TERCERA - PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución será de **CINCO (05) 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 **VEINTICUATRO MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL PESOS ($24,128,000) 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: PAGOS PARCIALES por mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS PESOS ($4.825.600) M/CTE.** como contraprestación del servicio, 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, certificación de cumplimiento suscrita por el SUPERVISOR. **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 QUINCE (15) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO:** EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros. **CLAUSULA SEXTA - DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:** El pago del presente contrato se imputa al presupuesto de la vigencia fiscal 2026 código **CCPET 2.1.2.02.02.009.01.02.01.01** denominado "Honorarios" según Certificado de Disponibilidad Presupuestal expedido por el Subgerente Administrativo y Financiero de EL HOSPITAL. **CLAUSULA SEPTIMA - A) OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:** L EL CONTRATISTA será responsable y se obliga a:**1.** Realizar intervenciones individuales extramurales teniendo en cuenta la demanda de usuarios desde los diferentes programas y servicios del hospital. **2.** Evaluar el estado de salud bucal del individuo identificando factores de riesgos de la población, para detectar precozmente las circunstancias o patologías que puedan alterar su desarrollo y salud, en los diferentes cursos de vida en la ruta integral para promoción y mantenimiento de la salud. **3.** Aplicar las acciones profesionales conforme a las actividades del PIC, a la población objeto del programa. Se deberá registrar los datos de la población con evidencia fotográfica y evidencia documental de las actividades.**4.** Apoyar la planificación de las actividades, estrategias de atención a los usuarios, la creación del material de apoyo, y el desarrollo de las actividades enfocadas a salud oral. **5.** Brindar información y educación en salud oral orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. **6.** Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud en la ruta integral de Atención para promoción y mantenimiento de la salud según Res. 3280 de 2018, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario). **7.** Realizar Valoración integral en salud en los diferentes cursos de vida según resolución 3280 de 2018 a la población identificada. **8.** Alimentar bases de datos del programa y consolidar la información para presentar los respectivos informes **.9.** Desarrollar acciones colectivas enfocadas en la reducción de los riesgos y situaciones identificados en los entornos hogar y comunitario, promoviendo la creación de entornos saludables. **10.** EL CONTRATISTA garantizará el desplazamiento para cada una de las actividades y deberes dentro del convenio PIC. **11.** Entregar un informe mensual del cumplimiento de las obligaciones especificas del presente contrato, anexando soportes del cumplimiento del contrato. **12.** Hacer uso debido de los elementos entregados para la correcta implementación de la estrategia. **13.** Usar los elementos de protección personal. **14.** Participar activamente en las actividades institucionales que se programen. **15.** 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.** EL CONTRATISTA mantendrá sus capacidades operativas

y funcionales necesarias para la ejecución de contrato, en el momento que pierda su capacidad operativa, su capacidad o permisos, para ejercer su profesión, suspenderá la prestación de sus servicios e informará inmediatamente tal situación al Supervisor. **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 total o parcialmente el objeto del mismo, sin la autorización previa, expresa y escrita del HOSPITAL **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 participar en todas las reuniones que disponga la Gerencia en relación a temas de interés del HOSPITAL. **13**. El contratista deberá acreditar la asistencia a las reuniones y capacitaciones, cuando este exceptuado también deberá acreditar tal situación. **14**. El contratista participará activamente en la difusión de la información institucional en los médicos de comunicación personal con los que cuente. **CLÁUSULA OCTAVA - OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** EL HOSPITAL se compromete para con EL CONTRATISTA a realizar las siguientes actividades del mismo. **1.** Cancelar el valor total del Contrato de Prestación de Servicios, de conformidad con la forma estipulada en el mismo, siempre y cuando se haya dado estricto cumplimiento al objeto y dentro de la vigencia del mismo. **2.** Entregar al CONTRATISTA la información necesaria para el cabal cumplimiento del objeto del Contrato, así como la información, elementos y herramientas para los servicios, que se requiera para tal fin. **3.** Entregar al contratista la lista de los documentos que éste debe entregar para el pago. **4.** Comunicar oportunamente cualquier novedad o irregularidad que impida o afecte cumplir con el objeto del Contrato. **5.** Designar un supervisor en el manejo técnico y operativo del mismo. **6.** EL HOSPITAL entregará los criterios de calificación de la actitud de los profesionales en la práctica del servicio de salud y evaluará la adherencia a ellos, lo anterior como una forma de cumplir con los propósitos institucionales de Humanización del Servicio en Salud. **CLÁUSULA NOVENA - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN DEL EMPLEADO PÚBLICO:** Este Contrato de Prestación de Servicios no confiere la calidad de empleado público ni de trabajador oficial a EL CONTRATISTA y excluye todo reconocimiento legal que pueda derivarse de él. Este Contrato de Prestación de Servicios no genera derecho de permanencia en el servicio, ni vinculación laboral entre EL HOSPITAL Y EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO PRIMERO - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN PRESTACIONAL:** Por no estar sometido este Contrato de Prestación de Servicios al régimen laboral, no causa prestaciones sociales a cargo de EL HOSPITAL ni a favor de EL CONTRATISTA, tales como salarios, horas extras, auxilios, subsidios, seguros, primas, indemnizaciones, cesantías, servicios médicos, etc. en desarrollo y ejecución de dicho contrato. Las partes expresan que el vínculo existente entre ellas es eminentemente civil y que, por ende, estará regido por las normas consagradas en las legislaciones civil y comercial, y demás disposiciones concordantes previstas para este tipo de contrato y por ningún caso existirá relación laboral alguna entre EL HOSPITAL y EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO SEGUNDO – EJECUCIÓN AUTONOMA:** EL CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente Contrato con total autonomía técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume y sin subordinación con respecto al HOSPITAL. **PARÁGRAFO TERCERO – ENTENDIMIENTO DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL: EL CONTRATISTA ha recibido explicación clara y concisa de la vinculación contractual por parte de EL HOSPITAL, por lo cual**

entiende que el desarrollo de sus actividades profesionales son autónomas y se ciñen por las características propias de un contrato de prestación de servicios, a lo cual debe garantizar que de ninguna forma las condiciones del contrato muten e incurran en un contrato de realidad, por lo cual entiende que hay comunicación directa con GERENCIA para manifestar si alguna acción de funcionario o contratista incurre en acción de subordinar, para que este inmediatamente frene esta acción y tome acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMA – 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 – GARANTIA UNICA:** EL CONTRATISTA en atención al valor del contrato no requerirá garantías para amparar el riesgo por cuanto El CONTRATISTA para la ejecución del contrato, deberá presentar las siguientes pólizas, considerando: **I.** Que, en atención al valor del contrato **SI** requerirá garantías para amparar el riesgo por cuanto en el Estatuto de Contratación de la Entidad, en su artículo 8°, inciso tercero, se contempla la obligatoriedad para los contratos superiores a veinticinco (25) S.M.L.M.V., de igual forma, establece el valor porcentual para cada póliza. **II.** Que, en el análisis del riesgo en los Estudios Previos, se estableció la necesidad de suscripción de pólizas para cubrir el riesgo del contrato; **III.** Que, el Decreto 1082 de 2015 Sector Administrativo de Planeación Nacional, establece los riesgos que deben cubrir las garantías en la contratación y aspectos a tener en cuenta. Por lo cual, constituirá: **A. Póliza de práctica profesional:** Su cuantía será equivalente al TREINTA por ciento (30%) del valor del contrato y cubrirá la vigencia del mismo. Por lo tanto, se entiende que EL CONTRATISTA mantendrá indemne al HOSPITAL por cualquier consecuencia derivada del servicio prestado. En todo caso, la póliza cubrirá los daños que puedan sufrir terceros debido a errores u omisiones. **PARÁGRAFO**: Las pólizas deberán ser entregadas a la entidad en los cinco (5) días hábiles posteriores a la firma del contrato, para la revisión y posterior a probación de EL HOSPITAL. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – LIQUIDACIÓN:** El presente CONTRATO no será objeto de liquidación de conformidad con el artículo 217 del Decreto Ley 019 de 2012, sin perjuicio de lo establecido en el Art. 18 de la Ley 80 de 1993, sin embargo, se suscribirá un Acta de Terminación para garantizar que la ejecución fue cumplida a cabalidad, y cesa cualquier tipo de obligación y/o vinculación entre las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA – DOCUMENTOS:** Los documentos que a continuación se relacionan, para todos los efectos hacen parte integral del Contrato de Prestación de Servicios y, en consecuencia, producen sus mismos efectos y obligaciones jurídicas y contractuales: **a)** Hoja de vida de persona natural. **b)** Estudio previo, **c)** Los demás documentos que legalmente se requieran y los que se produzcan durante el desarrollo del citado Contrato de Prestación de Servicios. **CLÁUSULA DECIMA CUARTA - RÉGIMEN LEGAL:** El presente Contrato de Prestación de Servicios se regirá en general por las normas civiles y comerciales vigentes aplicables, las cláusulas establecidas en este Contrato, el Estatuto Interno de Contratación, y el Manual de Contratación de la entidad. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - MODIFICACIÓN, TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN UNILATERAL:** El Contrato de Prestación de Servicios podrá darse por terminado, modificado e interpretado unilateralmente por el HOSPITAL con sujeción a lo previsto en el Estatuto Interno de Contratación y el Manual de Contratación del Hospital. **PARAGRAFO:** Será causal de terminación unilateral expresa, la decisión tomada por el Comité de Control Interno Disciplinario (o por quien haga sus veces de control ético y/o profesional) por las faltas descritas en la ley y las normas internas, de igual forma, la constante situación de diferencias entre funcionarios o contratistas de la entidad, o con la existencia

de UNA (1) queja o denuncia formal (probada) de los usuarios, originadas en actos de falla en la atención, actos ilegales, tráfico de influencias y en general cualquier conducta que atente contra la moral, principios y políticas de la entidad. Lo anterior con observancia del conducto regular y respeto al debido proceso. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Las partes acuerdan que para la solución de las diferencias y discrepancias que surjan de la celebración, ejecución, suspensión, terminación de este Contrato de Prestación de Servicios, acudirán a los procedimientos de transacción, amigable componedor o conciliación. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente Contrato de Prestación de Servicios se entiende perfeccionada con la firma de las partes y para su ejecución se requiere la expedición del respectivo registro presupuestal y la suscripción de la respetiva acta de inicio. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA – INDEMNIDAD:** Con ocasión de la celebración, ejecución y liquidación del presente contrato, EL CONTRATISTA se compromete y acuerda en forma irrevocable a mantener indemne al Hospital 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 se podrá ceder total ni parcialmente el presente contrato a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito del Hospital de Castilla La Nueva E.S.E. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA – NOTIFICACIONES:** Para todos los efectos del presente contrato, las partes serán notificadas en las siguientes direcciones: EL HOSPITAL en la carrera 8 No. 15 vía Cacayal de Castilla La Nueva - Meta; EL CONTRATISTA en la Dirección Cra 8 14 4 Via Cacayal-Hotel Santa Teresita, Castilla La Nueva – Meta.. **Para constancia se firma en el municipio de Castilla La Nueva – Meta, a los Tres (03) días del mes de Junio del 2026.**

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS
Gerente

Paula C. Moreno

PAULA CAROLINA MORENO URREGO
Contratista

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Camila Hernández Ruiz Profesional Contratación- Contratista	Karen Dayanna Calvo Aguirre Subgerente Administrativo y Financiero	Martha Lucia Herrera Rios Gerente

ucación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Paula Carolina Moreno Urrego

CC 1193085238 de Castilla - La Nueva Meta

ó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-03-02
Fecha de vencimiento: 2028-03-02

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Paula Carolina Moreno Urrego

CC 1193085238 de Castilla - La Nueva Meta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Centrada en el Usuario de los Servicios de Salud con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-03-05
Fecha de vencimiento: 2028-03-05

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1193085238	PAULA	CAROLINA	MORENO	URREGO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) PAULA CAROLINA MORENO URREGO identificado(a) con CC 1193085238 registra La siguiente información:

2026-05-27--9:13:29 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ODONTOLOGIA	2025-02-17	26195	Colegio Colombiano de Odontologos

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Odontología	Colegio Colombiano de Odontologos

La

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Paula Carolina Moreno Urrego

CC 1193085238 de Castilla - La Nueva Meta

izó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-03-05
Fecha de vencimiento: 2028-03-05

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

ucación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Paula Carolina Moreno Urrego

CC 1193085238 de Castilla - La Nueva Meta

izó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Comunitario - Resolución 3100 de 2019
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-03-03
Fecha de vencimiento: 2028-03-03

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Medicenter
Nit. 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

PAULA CAROLINA MORENO URREGO

Identificado con cédula de ciudadanía Nº. 1193085238

Aprobó el curso básico en:

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 45 horas

Este certificado es expedido en la ciudad de Neiva a los 26 días del mes de octubre del 2026 y se expide mediante el marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud ocupacional.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
Gerente

Estado de vigencia: Vence en un (1) año desde su fecha de expedición

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6203233827

PÓLIZA No: 620 -89 - 994000001443 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **VILLAVICENCIO** COD. AGE: 620 RAMO: 89 PAP:

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS		DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	10	03	2026		VIGENCIA DE LA PÓLIZA	09	03	2026	23:59			09	03	2027	23:59	365		10	03	2026
					VIGENCIA DESDE				A LAS		VIGENCIA HASTA				A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN			

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	09	03	2026	23:59		09	03	2027	23:59	365
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **PAULA CAROLINA MORENO URREGO** IDENTIFICACIÓN: CC **1193.085.238**

DIRECCIÓN: CRA 8 VIA CACAYAL CIUDAD: CASTILLA LA NUEVA, META TELÉFONO: 3226260886

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PAULA CAROLINA MORENO URREGO** IDENTIFICACIÓN: CC **1193.085.238**

DIRECCIÓN: CRA 8 VIA CACAYAL CIUDAD: **CASTILLA LA NUEVA, META** TELÉFONO: 3226260886

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: META CIUDAD: CASTILLA LA NUEVA

DIRECCION: CARRERA 8 No. 0-0 VIA CACAYAL

ACTIVIDAD: ODONTOLOGO

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 150,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	150,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	150,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	150,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	150,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	15,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: MORENO URREGO PAULA CAROLINA
ASEGURADO: MORENO URREGO PAULA CAROLINA
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

PROFESION ASEGURADA: ODONTOLOGA
ESPECIALIZACION: NINGUNA

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 9 del mes de MARZO del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***150,000,000.00	$ **********100,245	$****15,000.00	$ *******21,897	$ **********137,142

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
AGENCIA DE SEGUROS DIEGO ABELLA ASOC	10379	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000620323382

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

EXT.JQUEMBA 0

C8DA207B0D0CFF765D CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO COD. AGENCIA: 620 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001443** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PAULA CAROLINA MORENO URREGO** IDENTIFICACIÓN: CC **1193.085.238**

ASEGURADO: **PAULA CAROLINA MORENO URREGO** IDENTIFICACIÓN: CC **1193.085.238**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf

AMPARO BÁSICO:

Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
Cláusula de no renovación tácita o automática.
Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:

Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.
Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO COD. AGENCIA: 620 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001443** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PAULA CAROLINA MORENO URREGO** IDENTIFICACIÓN: CC **1193.085.238**

ASEGURADO: **PAULA CAROLINA MORENO URREGO** IDENTIFICACIÓN: CC **1193.085.238**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:
2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO COD. AGENCIA: 620 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001443** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **PAULA CAROLINA MORENO URREGO** IDENTIFICACIÓN: CC **1193.085.238**

ASEGURADO: **PAULA CAROLINA MORENO URREGO** IDENTIFICACIÓN: CC **1193.085.238**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:
Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

CLIENTE

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 Paula Carolina Moreno Urrego, con CC No. 1.193.095.238 de Castilla la Nueva se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-387

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

Carolina Camargo
Jefe Enfermería
Reg. No 50-14580
Universidad de los Llanos

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

CAMILA HERNANDEZ RUIZ
Profesional Contratación
Contratista