HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

Fecha:

Lugar: Bogotá, – Hospital Central Policía Nacional.

No. Consecutivo revisión: _____. **No. SISCO:** 397553.

OBJETO: prestación de servicios y apoyo a la gestión como médico general	**VALOR: $ 11.092.540.00**

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: CONTRATACION DIRECTA

FUNCIONARIO - UNIDAD QUE PRESENTA EL ESTUDIO PREVIO CAPITAN MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES RESPONSABLE DEL GRUPO HOTELERIA HOSPITALARIA HOCEN - SUPERVISOR DEL CONTRATO.

OBSERVACIONES DEL ESTUDIO PREVIO:

FUNCIONARIO QUE PARTICIPA EN LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO

CARGO	GRADO	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
RESPONSABLE PROCESO (UNIDAD DUEÑA NECESIDAD)	CAPITAN	MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES	
ANALISTA DE CONTRATOS (QUIEN REVISA)			
JEFE ÁREA O GRUPO CONTRATACIÓN			
JEFE GRUPO PRECONTRACTUAL (UNIDAD)			

PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO

FECHA:		VALOR:	$ 11.092.540.00
GR.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
CAPITAN	MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES	RESPONSABLE EL GRUPO HOTELERIA HOSPITALARIA HOCEN	

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

Bogotá, Abril 19 de 2021

1. DEFINICIÓN O IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ANALISIS DEL SECTOR

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO	**Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO GENERAL.**
1.2 VALOR ESTIMADO	El total del contrato es de **ONCE MILLONES NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE $ 11.092.540.00**
1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, Y/O VIGENCIAS FUTURAS.	

DOCUMENTO	VIGENCIA	RECURSO	VALOR VIGENCIA
Resolución 001 del 01/01/2021	2021	16	**$ 11.092.540.00**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO			**$ 11.092.540.00**

Certificado Plan Anual de Adquisiciones No. 0754 de fecha _17/02/2021__

1.4 CLASE DE CONTRATO	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión ó para la ejecución de trabajos artísticos, que solo puedan encomendarse a determinadas personas naturales
1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES	Título: : MEDICO GENERAL Experiencia Laboral: Laboral: CERO (0) Según la Resolución **125 del 08 de abril 2020**.

1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN

1.6.1 DEFINIR LA NECESIDAD

EL ESPHA Hospital Central Policía Nacional requiere la contratación de Medico General. **Según resolución 125 del 08 de abril 2020 la Dirección de Sanidad,** teniendo en cuenta que no existe personal de planta para cubrir las necesidades del servicio.

1.6.2 *SITUACION ACTUAL*

El Hospital Central atendió por el servicio de internación para el año 2020 en promedio de 9.018 atenciones hospitalarias mensuales para un total de 108.214 anuales, con el fin de atender esta necesidad se requiere para la prestación de servicios profesionales como MEDICO GENERAL un total de 297 horas aprobadas por AGESA determinada en oficio N° S-2017-003328 DISAN; para lograr cumplir la demanda y aumentar los niveles de satisfacción de los usuarios del SSPN, cumpliendo con turnos presenciales que son asignados según las necesidades del servicio.

2. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta la naturaleza jurídica del contrato a realizar, se adelanta el proceso de contratación directa Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Médico General. **Según resolución 125 del 08 de abril 2020 de la Dirección de Sanidad.**

CONTRATACIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN, O PARA LA EJECUCIÓN DE TRABAJOS ARTÍSTICOS QUE SOLO PUEDEN ENCOMENDARSE A DETERMINADAS PERSONAS NATURALES

Basado en la normatividad legal vigente, artículos 2 °, numeral 4, literales h) de la Ley 1150 de 2007 y de acuerdo al artículo 2.2.1.2.1.4.9., del Decreto 1082 de 2015 que establece "Para la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión la entidad estatal podrá contratar directamente con la Persona Natural ó Jurídica, que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y que haya demostrado la idoneidad y experiencia directamente relacionada con el área de que se trate, sin que sea necesario haber obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el Ordenador del Gasto deberá dejar constancia escrita".

3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

- Los factores de verificación técnica están descritos en el Anexo No. 1 del presente estudio previo.

3.1.1 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

3.1.1.1 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

El nivel académico debe haber sido recibido en entidades educativas debidamente reconocidas ante el Ministerio de Educación. Se requiere título profesional de Medico General debidamente acreditado.

3.1.1.2 EXPERIENCIA

Experiencia Laboral: CERO (0) SEGÚN LA RESOLUCIÓN 125 del 08 de abril 2020,

3.1.1.3HABILIDADES

- Comunicación asertiva: Que permita tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, prestando un servicio respetuoso, efectivo, humanizado, cercano al ciudadano y de calidad que garantice el cumplimiento de todas las actividades inherentes a su quehacer que propendan por la seguridad del paciente.
- Capacidad de trabajo en equipo, que le permita tener actitud de aprendizaje y mejora continúa.
- Informática, nivel usuario.
- Capacidad de promover y adaptarse al cambio, para poder adquirir compromisos y responsabilidades.
- Visión continua e integral de los procesos con respeto y valoración del trabajo de los demás.
- Afrontamiento del estrés que le permita sensibilizarse con las necesidades de los demás.

3.1.1.4 FORMACIÓN:

Título: Médico General.

33.1.1.5 EXPERIENCIA DEL FUTURO CONTRATISTA

Experiencia

Experiencia Laboral: CERO (0) SEGÚN LA RESOLUCION **125 del 08 de abril 2020.**

4 CONDICIONES DEL CONTRATO

4.1 LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIOS

La prestación del servicio como Médico General. Se realizará en el Hospital Central de la Policía Nacional ubicado en la carrera 59 No. 26 - 21 CAN

4.2 FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO125 del 08 de abril 2020 125 del 08 de abril 2020

Se realizará cumpliendo con las obligaciones del contratista enumeradas en el **Anexo No. 2**, de acuerdo con las especificaciones técnicas relacionadas en el **Anexo No. 1**, por cuatro (4) horas diarias, para un total de veinte dos (22) horas semanales y noventa y cinco horas (95) mensuales, que se distribuirán en diferentes actividades que se le encomienden, en la forma y organización del servicio.

4.2.2 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El contratista debe cumplir con la Prestación del Servicio, el cual iniciará a partir de la aprobación de la garantía única, suscripción de la carta de inicio y por un total (05) MESES.

VIGENCIA	DIAS	VALOR POR MES	VALOR TOTAL
2021	150 días	**$ 2.218.508.00**	**$ 11.092.540.00**

4.3 FORMA DE PAGO

El ESPHA Hospital Central Policía Nacional, pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Bogotá, D. C. en pagos mensuales, dentro de quince (15) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de los siguientes documentos:

a. Constancia recibo a satisfacción (2BS-FR-0045) se deben incluir las actividades desarrolladas del mes a cobrar
b. Cuenta de cobro
c. Certificación de Declarante o no del Impuesto sobre la Renta.
d. Copia Planilla de pago de aportes al Sistema se seguridad Social en Salud, pensión y ARL
e. Copia del RIT (Registro de información Tributaria), la cual deberá ser allegada únicamente para el primer pago.
f. Certificación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 65 de la ley 1819 de 2016 y demás normatividad vigente.

El pago se realizará dentro de los quince (15) días calendario una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión y ARL, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos por el Hospital Central, de acuerdo con el derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC).

Si los documentos en referencia no son entregados dentro del plazo establecido, o son devueltos por el Hospital Central por inconsistencias como falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, el Hospital Central se obliga a cancelar la cuenta el mes siguiente a la fecha programada en el PAC, aprobado por Ministerio de Hacienda.

4.4 SUPERVISOR O INTERVENTOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será el JEFE GRUPO HOTELERIA HOSPITALARIA HOCEN correo electrónico **hocen.gruho@policia.gov.co** quien haga sus veces, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto contractual, de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la resolución No. 00090 del 15 de Enero del 2018.

4.5 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las obligaciones del contratista están descritas en el Anexo No. 2

4.6 OBLIGACIONES DEL ESPHA HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL

Las obligaciones del Hospital Central - Policía Nacional, están descritas en el Anexo No. 3.

5 ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

Los factores que se deben tener en cuenta en la identificación y distribución de los riesgos y garantías (Garantía Única), Se relacionan en el Anexo No. 4 del presente Estudio y Documentos Previos.

6. ANEXOS DEL ESTUDIO

Son anexos del presente Estudio Previo los siguientes:

- Anexo No. 1 Condiciones Técnicas
- Anexo No. 2 Obligaciones generales del Contratista
- Anexo No. 3 Obligaciones generales del Contratante
- Anexo No. 4 Estimación, tipificación, asignación de riesgos y determinación de garantías.
- Anexo No. 5 Constancia de la oficina Talento Humano, donde certifica que en la planta de personal no existe personal con el perfil solicitado disponible.
- Anexo No. 6 Constancia de Idoneidad y Experiencia

Capitán. **MONICA PATRICIA GUTIERREZ LINARES**
C.C. 1.121.839.659
JEFE GRUPO HOTELERIA HOSPITALARIA

Elaborado por: TA25.MERCEDES NERMUDEZ ROA
Revisado por:: CT. MONICA P GUTIERREZ LINARES
Jefe Grupo Hotelería Hospitalaria.
Fecha de elaboración 19/04/2021
Ubicación: Escritorio/oficios 2021

Carrera 59 26-21 CAN, Bogotá
Teléfono: 2202505
hocen.gruho@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Para prestación de servicios profesionales, se debe anexar adicionalmente los siguientes documentos:

PERSONA NATURAL:

- Propuesta o Carta de ofrecimiento del Servicio.
- Declaración de bienes y rentas vigente.
- Diploma y Acta que certifique o acredite la especialización o supra-especialización (solo aplica para especialistas)
- Constancia de afiliación a Entidad Promotora de Salud como independiente (no superior a 30 días de expedición)
- Constancia de afiliación al Fondo de Pensiones (si es pensionado allegar copia de resolución) (no superior a 30 días de expedición)
- Certificado de Registro Único Tributario (RUT) expedido por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN. La actividad económica deberá corresponder a la profesión liberal que va a realizar.
- Formulario de Beneficiario Cuenta y certificación Bancaria
- copia del curso de soporte vital básico y curso de soporte vital avanzado VIGENTE – Cuando Aplique
- Se verifico y se anexa copia del carnet de vacunas.
- Examen pre-ocupacional vigente, el cual no podrá ser superior a 3 años.
- Curso
- Tribunal de Ética Medica Nacional no superior a 30 días
- Se anexa constancia que a la fecha no tiene antecedentes disciplinarios, penales, administrativos, fiscales y/o contravencionales. (Se anexa pantallazo de la consulta realizada ante las páginas web de la POLICIA NACIONAL, PROCURADURIA, CONTRALORIA y Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC).

actualización de los protocolos o instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes en las áreas de atención, promoción, prevención y rehabilitación con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios.		
7. Participar en los programas docentes asistenciales y escuelas de eficiencia que desarrolle la Dirección de Sanidad mediante convenios con centros educativos o de formación (Universidades, Institutos, EPS, IPS, etc.).	**Evolución diaria**	**1**
8. Participar en las Brigadas de Salud programadas por la Dirección de Sanidad en aquellos sitios donde la entidad lo requiera.	**Evolución diaria**	**1**
9. Valoración y evolución diaria de pacientes hospitalizados en los cuales se debe tener en cuenta: la realización de epicrisis en el sistema SISAP, pasar revista con los especialistas y realizar las interconsultas ordenadas, realizar las órdenes médicas de ingreso y egreso de los pacientes, registro adecuado de las dietas en el ítem asignado, presentación a cada paciente asignado al inicio de su respectivo turno, realizar traslados internos de los pacientes en el sistema.	**Evolución diaria**	**1**
10. Brindar información oportuna y acertada a los familiares de los pacientes creando empatía y humanización del servicio de Salud	**Evolución diaria**	**1**
11. Mantener activos los usuarios del RUAF y SISAP ya que son personales e intransferibles	**Evolución diaria**	**2**
12. Reportar las actas de defunciones a la Secretaria de Salud para la donación de órganos y tejidos	**Evolución diaria**	**1**
13. Realizar las actividades propias del servicio de Hospitalización como médico general hospitalario	**Evolución diaria**	**1**
14. Realizar entrega de turno de forma personal y registrada en el sistema GEINF.	**Evolución diaria**	**1**
15. Cumplir las horas pactadas en el contrato de acuerdo a las necesidades del servicio y la entidad.	**Mensual**	**1**
16. El Contratista se compromete a pasar al supervisor la Cuenta de Cobro Mensual anexando, la planilla de pago de aportes de salud, pensión, ARL, el RIT, el Recibido de Satisfacción con firma del supervisor de contrato, carta al Hospital Central, carta cuenta de cobro y carta de parafiscales	**Mensual**	**1**
ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS		
Asistir a la Reunión administrativa, capacitación guías de manejo, capacitación en protocolos del servició de hospitalización	**Mensual**	**5**

ANEXO No. 1
CONDICIONES TÉCNICAS

1. IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

MEDICO GENERAL	**Título: Medico General** Experiencia Laboral: CERO (0) SEGÚN LA RESOLUCION resolución 125 del 08 de abril 2020.

2. HORAS PRESTACION DE SERVICIOS Y HONORARIOS

No.	Denominación	Horas Prestación Servicio			Honorarios Mes
		Día	Semana	Mes	
1	MEDICO GENERAL	4	22	95	$ 2.218.508.00

3. ACTIVIDADES PROGRAMADAS

Como funcionario asistencial, el contratista deberá ejecutar las siguientes actividades:

ACTIVIDADES ASISTENCIALES	UNIDAD DE MEDIDA	HORAS SEMANA
1. Atención integral de Servicios de salud que garanticen la atención de usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, en el Hospital Central de acuerdo a las necesidades existentes.	**Evolución diaria**	**1**
2. Prestar sus servicios como Medico General Hospitalario – Hospital Central Policía Nacional de acuerdo a las necesidades del servicio establecidas por el supervisor del contrato.	**Evolución diaria**	**1**
3. De acuerdo al instructivo No. 013 DISAN-PLANE la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional a través de Telemática diseña e implementa los lineamientos de Seguridad para los responsables de usuarios del Sistema de Información Sanidad Policial (SISAP) en el ámbito nacional con el fin de hacer buen uso por parte del personal que asigna y utiliza los usuarios y tener mecanismo de control para disminuir el nivel de riesgo antes posibles fugas de información.	**Seguimiento**	**1**
4. Prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el plan de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente el profesional debe solicitar autorización previa al Comité Técnico – Científico de Autorización para medicamentos de la Dirección de Sanidad para su prescripción en el formato vigente para tal fin.	**Evolución diaria**	**1**
5. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los Pacientes.	**Evolución diaria**	**1**
6. Participar en la definición, estandarización y	**Seguimiento**	**1**

ANEXO No. 2

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1.) Cumplir con el objeto contractual 2.) El contratista deberá suscribir las pólizas, según los establecido en la cláusula "MECANISMOS DE COBERTURA, a cargo del Contratista" 3.) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas. 4.) Responder en los plazos que el Hospital Central establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule. 5.) Cumplir cabalmente con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social integral, en los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007, Decreto 1273 de 2018, lo cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados. De acuerdo con el artículo 1° de la Ley 828 de 2003, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora, mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa. 6.) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el contratista deberá informar de tal evento a la Dirección del Hospital Central para que se adopten las medidas necesarias.7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismo en el proceso de ejecución 8.) Restituir al Hospital Central los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se haya suministrado 9.) Contribuir con el desarrollo del establecimiento de Sanidad Policial donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios.10.) Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por la **DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL**, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor. Los bienes que entregue la Entidad al **CONTRATISTA** para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual se suscribirá al inicio del contrato. 11.) Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera. 12.) Ejercer su profesión con moral y ética. 13.) Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones *contractuales* 14.) Rendir los *informes* que la DIRECCIÓN DE SANIDAD - HOSPITAL CENTRAL *requiera* dentro de los plazos determinados. 15.) Aplicar el conocimiento profesional en las actividades a desarrollar y emitir los conceptos que se requieran 16.) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular, responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida, que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros. 17.) Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la **POLICÍA NACIONAL**, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres 18.) Si durante la ejecución del contrato surgen INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES, el contratista deberá informar al Supervisor del contrato y a la Dirección del Hospital, para adelantar el trámite correspondiente.19.)Cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato, el Contratista deberá presentar al supervisor del mismo un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el término de su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las actividades del objeto contractual. 20.) El **CONTRATISTA** se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA). 21.) De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2482 de 2010 en su artículo 8, una vez puesto en marcha el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP, el **CONTRATISTA** deberá incluir la información requerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. 22.) El contratista se compromete a tener usuario registrado ante la plataforma SECOP II (Colombia Compra Eficiente) y mantenerlo activo, con el fin de aceptar digitalmente los contratos, adiciones

y/o modificaciones que le sean enviados por la entidad estatal Hospital Central, así mismo deberá subir las pólizas para ser aprobadas por la Entidad estatal en el momento en que se le requiera. 23) **El CONTRATISTA deberá diligenciar adecuadamente las historias clínicas de manera amplia, clara y suficiente según la naturaleza y deber funcional del profesional, adherirse a los protocolos médicos, guías de manejo y demás instrucciones para el servicio, así mismo cuando por la irregularidad en la historia clínica impida el recobro a las aseguradoras del servicio prestado, podrán ser objeto de sanciones pecuniarias y disciplinarias previo agotamiento del debido proceso entre las partes**. 24) El CONTRATISTA deberá ingresar, en la plataforma destinada para tal fin y diligenciar en forma oportuna y en los plazos establecidos encuestas y demás actuaciones indicadas por la DIRECCION DE SANIDAD y POLICIA NACIONAL. 25) Conforme a las necesidades del HOSPITAL CENTRAL el contratista deberá realizar las actividades específicas señaladas en el Anexo 1 "DATOS DEL CONTRATO" del presente contrato so pena de incumplimiento legal conforme a las estipulaciones planteadas en el mismo 26.) **En cumplimiento al artículo 2.2.4.1.5 del Decreto 1072 del 26 de mayo de 2015** y la Resolución N° 01956 del 25/04/2018 DIRECCIÓN GENERAL artículo 7, numerales 1,2 – articulo 11. 27) Atención integral de Servicios de salud que garanticen la atención de usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, en el Hospital Central de acuerdo a las necesidades existentes. 28.) Prestar sus servicios como Médico General Hospitalario – Hospital Central Policía Nacional de acuerdo a las necesidades del servicio establecidas por el supervisor del contrato 29.) De acuerdo al instructivo No. 013 DISAN-PLANE la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional a través de Telemática diseña e implementa los lineamientos de Seguridad para los responsables de usuarios del Sistema de Información Sanidad Policial (SISAP) en el ámbito nacional con el fin de hacer buen uso por parte del personal que asigna y utiliza los usuarios y tener mecanismo de control para disminuir el nivel de riesgo antes posibles fugas de información. 30). Prescribir los medicamentos en forma genérica incluidos en el plan de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente el profesional debe solicitar autorización previa al Comité Técnico – Científico de Autorización para medicamentos de la Dirección de Sanidad para su prescripción en el formato vigente para tal fin. 31.) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la Historia Clínica de los Pacientes. 32) Participar en la definición, estandarización y actualización de los protocolos o instrumentos metodológicos de manejo y atención de pacientes en las áreas de atención, promoción, prevención y rehabilitación con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios. 32.) Participar en los programas docentes asistenciales y escuelas de eficiencia que desarrolle la Dirección de Sanidad mediante convenios con centros educativos o de formación (Universidades, Institutos, EPS, IPS, etc.). 33).Participar en las Brigadas de Salud programadas por la Dirección de Sanidad en aquellos sitios donde la entidad lo requiera.34.) Valoración y evolución diaria de pacientes hospitalizados en los cuales se debe tener en cuenta: la realización de epicrisis en el sistema SISAP, pasar revista con los especialistas y realizar las interconsultas ordenadas, realizar las órdenes médicas de ingreso y egreso de los pacientes, registro adecuado de las dietas el ítem asignado, presentación a cada paciente asignado al inicio de su respectivo turno, realizar traslados internos de los pacientes en el sistema. 35.) Brindar información oportuna y acertada a los familiares de los pacientes creando empatía y humanización del servicio de Salud. 36). Mantener activos los usuarios del RUAF y SISAP ya que son personales e intransferibles. 37.) Reportar las actas de defunciones a la Secretaria de Salud para la donación de órganos y tejidos. 38). Realizar las actividades propias del servicio de hospitalizaciones como médico hospitalario. 39) Realizar entrega de turno de forma personal y registrada en el sistema GEINF. 40.) Cumplir las horas pactadas en el contrato de acuerdo a las necesidades del servicio y la entidad. 41.) El Contratista se compromete a pasar al supervisor la Cuenta de Cobro Mensual anexando, la planilla de pago de aportes de salud, pensión, ARL, el RIT, el Recibido de Satisfacción con firma del supervisor de contrato, carta al Hospital Central, carta cuenta de cobro y carta de parafiscales. 42.) Asistir a la Reunión administrativa, capacitación guías de manejo, capacitación en protocolos del servició de hospitalización.

ANEXO No. 3

OBLIGACIONES DEL HOSPITAL CENTRAL

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien el HOSPITAL CENTRAL mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.

3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado.

4. Recibir a satisfacción el servicio prestado por el CONTRATISTA, cuando este cumpla con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el "ANEXO TÉCNICO".

5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno al Hospital Central, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos por mora o incumplimiento.

6. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC, previstas para el efecto.

7. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo, como consecuencia de la suscripción del contrato.

8. Solicitar y recibir información técnica respecto del servicio y del CONTRATISTA, en desarrollo del objeto del contractual.

9. Rechazar el servicio cuando no cumpla con los requerimientos técnicos exigidos.

ANEXO No. 4

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

GARANTIAS DEL PROCESO ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS.	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 3 AÑOS MÁS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL SERVICIO.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($50.000.000.00) AL PERSONAL ASISTENCIAL DIFERENTE A MÉDICOS U ODONTÓLOGOS, QUIENES DEBERÁN SUSCRIBIRLA POR LA SUMA DE CIEN MILLONES DE PESOS ($100.000.000.00).	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL CONTRATISTA.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURIDICO	LA NO CONSTITUCION DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARÁ POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ (10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARÁ CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (1.0%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARÁ POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARÁ DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERON LUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA, SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

ANÁLISIS DEL RIESGO Y FORM96-7-20581-21.

A DE MITIGARLO

N.º	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (Qué puede pasar y, cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación total	Prioridad	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
													Probabilidad	Impacto	Calificación	Calificación total					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1																						
2																						
3																						

ANÁLISIS E IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

NRO.	CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	DESCRIPCIÓN	CONSECUENCIAS DE LA OCURRENCIA DEL EVENTO	PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACIÓN TOTAL	A QUIÉN SE LES ASIGNA	TRATAMIENTO	CONTROLES A SER IMPLEMENTADOS
1	General	Externo	Selección	Operacional	Que no se presente personal profesional para el proceso de selección	Iniciar un nuevo proceso de contratación	3	1	4	El Hospital Central	Evitar el riesgo	Contar con debidas hojas de vida para seleccionar al personal que participará en el proceso de selección cumpliendo con las características requeridas
2	General	Externo	Contratación	Operacional	Que no se firme el contrato	Que se genera un desgaste administrativo y retraso en el desarrollo de las actividades propias del proceso requeridas	3	4	7	Contratista	Reducir la probabilidad de la ocurrencia del evento	Contar en el proceso de selección con más oferentes que puedan suplir la necesidad.
3	General	Externo	Contratación	Operacional	Que al contratista se le presente una mejor oferta en otra entidad dentro de la ejecución del contrato y realice terminación anticipada del contrato	Se genere una paralización de las actividades, procesos y procedimientos en cumplimiento a los clientes internos, externos y entes de control	3	4	7	Contratista	Aceptar el Riesgo	Contar con personal de planta que asuma los procesos y procedimientos mientras se contrata el perfil requerido para supllir esa necesidad.

S-2020-012799-DISAN * 1 médico general
4 horas al día.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
GRUPO REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD

ONAC

CONSTANCIA NECESIDADES DE PERSONAL ASISTENCIAL

No 005-I-AS

De acuerdo con lo establecido en el documento 2-AR-GU-0004 del 2016 *Guía para la planificación del servicio de salud* se aplica la metodología expresada en el instructivo 012 DISAN AGESA del 28-02-2011 *Actualización de parámetros para la adecuación de volumen y cargas de trabajo en la Dirección de Sanidad*, obteniendo la proyección del talento humano asistencial para el hospital Central de la Policía HOCEN como se describen a continuación:

Servicio Ofertado	Perfil Requerido	Total Requerido en horas día	Total Planta Actual Asistencial en Horas Día		Total faltante en Horas Día
			Uniformado	No Uniformado	
Anestesiología	Médico Especialista en Anestesiología	184	0	8	176
Audiología	Fonoaudiólogo Especialista en Audiología	20	0	12	8
Banco de Sangre	Auxiliar de Enfermería y/o Laboratorio Clínico	48	0	8	40
Banco de Sangre	Bacteriólogo	100	0	12	88
Banco de Sangre	Médico General	8	0	0	8
Cardiología	Médico Especialista en Cardiología	60	0	8	52
Cardiología Pediátrica	Médico Especialista en Cardiología Pediátrica	1	0	0	1
Cirugía Cardiovascular	Médico Especialista en Cirugía cardiovascular	4	0	0	4
Cirugía de Mano	Médico Especialista en Cirugía de Mano	34	0	0	34
Cirugía de Tórax	Médico Especialista en Cirugía de Tórax	4	0	0	4
Cirugía General	Médico Especialista en Cirugía General	116	0	20	96
Cirugía General	Médico Especialista en Cirugía General	116	0	20	96
Cirugía Maxilofacial	Odontólogo Especialista en Cirugía maxilofacial	24	0	16	8
Cirugía Mediana y Alta Complejidad - Hospitalización Mediana y Alta Complejidad	Auxiliar Camillero	418	0	112	306
Cirugía Mediana y Alta Complejidad - Proceso de Esterilización	Auxiliar de Enfermería	136	0	96	40
Cirugía Mediana y Alta Complejidad - Proceso de Esterilización	Instrumentador Quirúrgico	200	16	36	148

ANEXO No. 6

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL
CERTIFICACION DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

El Responsable de Talento Humano del Hospital Central Policía Nacional hace constar que una vez surtido el proceso de selección, el presente profesional de la salud, cumple con los requisitos determinados por la resolución **125 del 08 de abril 2020**, así mismo se determinó lo siguiente:

1. Se verifico Inscripción en el Ministerio y Secretaria de Educación los documentos que acreditan la idoneidad y así mismo se anexa:

- copia del diploma y acta de bachiller
- copia del diploma (técnico, tecnólogo, pregrado) y tarjeta profesional (cuando aplique)
- Certificación de experiencia (Este numeral solo aplica para personal Administrativo)

2. Se verifico Inscripción en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social del talento humano en salud (RETHUS), el cual cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y Resolución 3030 de 2014, por lo que se deberá entender que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

3. Se verifico la inscripción del profesional en el SIGEP, se actualizo la información correspondiente y se aprobó la Hoja de vida, así mismo se ejerció el control al presente profesional para que diligencia los requerimientos establecidos por la Función Pública en el aplicativo en mención de conformidad con el Instructivo No 026 del 11 junio de 2014 DIPON- DIRAF. (Se anexa Pantallazo de la consulta realizada).

Nota: En cumplimiento de las directrices de la Dirección General de la Policía Nacional cuando el profesional no esté inscrito en el SIGEP se deberá realizar dicho procedimiento por parte de TALENTO HUMANO.

4. Se anexa certificación de experiencia mínima para contratar con el estado (cuando aplique)
5. Se consultó que a la fecha no tiene antecedentes disciplinarios, penales, administrativos, fiscales y/o contravencionales. (Se anexa certificado de la consulta por la página WEB de la POLICIA NACIONAL, PROCURADURIA, CONTRALORIA y Sistema de Registro Nacional DE Medidas Correctivas RNMC).

6. Se solicitó el estudio de seguridad a la Seccional de Inteligencia correspondiente y el mismo *presenta concepto* favorable para continuar con los trámites administrativos de contratación de conformidad con el Instructivo No. 026 del 11 junio de 2014 DIPON-DIRAF.

7. Se verificó el Certificado de Tribunal Ética Médica Nacional, Odontológico o de Enfermería (según corresponda), en el cual se evidencia que no tiene a la fecha ninguna inhabilidad para ejercer la profesión liberal que acredita.

8. Se verificó y anexa el examen pre-ocupacional según instructivo 004 del 09/Abril/2019, con el fin de suplir el trámite legal, para la firma del contrato, el cual no tiene una vigencia superior a tres (3) años en cumplimiento de la Resolución 37/10 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

9. Se verificó y anexa autorización y viabilidad expedida por el Director de Sanidad de la Policía Nacional, para contratar al presente profesional el cual es pensionado (cuando aplique).

10. Se verificó y anexa copia del documento que acredita la especialización o supra especialización, debidamente avalada por el ministerio o secretaria de educación del respectivo profesional a contratar. (Cuando aplique)

11. Se verifico que se encuentra vigente y anexa copia del curso de soporte vital básico (jefes y auxiliares de enfermería del hocen, excepto camilleros) y/o curso de soporte vital avanzado. (Personal de médicos generales de urgencias).

12. Se verifico que se encuentra vigente y anexa copia CERTIFICACION DE CODIGO BLANCO-ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO (personal asistencial de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización)

13. Se verifico y se anexa copia del carnet de vacunas. (Solo para personal asistencial)

14. Se verifico que el profesional PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ identificado (a) con cedula de ciudadanía No 1.032.485.084 de BOGOTA por parte de esta dependencia se certifica que cumple con la idoneidad y la experiencia necesarias para cumplir con las diferentes actividades como MEDICO GENERAL.

En consecuencia el presente anexo se expide de acuerdo a las políticas y lineamientos de la POLICIA NACIONAL- DIRECCION DE SANIDAD-HOSPITAL CENTRAL, Agencia Colombia Compra Eficiente y Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II.

Psicóloga Dra. **MARIA ISABEL ACOSTA VARGAS**
Responsable proceso Selección de Personal

Patrullero **ALBERTO JOSE MAZ LAPEIRA**
Responsable Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo HOCEN

Capitán **NELSON DAVID COLORADO PELAEZ**
Responsable Talento Humano HOCEN

Bogotá, D.C. 19 de Marzo 2021

Coronel
DOMINGO ALFREDO LOPEZ DALES
Director Hospital Central
Bogotá

Respetado Coronel.

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad mis servicios como **MEDICO GENERAL** en el **HOSPITAL CENTRAL**, para tal efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la Entidad.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad prevista en la constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionada en el boletín de Responsabilidad a lo estipulado en el artículo 60 de la ley 610 del 2000

En caso de ser atendido mi requerimiento, solicito me sea notificado a la Dirección Calle 8 Bis D No. 81B-24 apto 201 Barrio Valladolid correo electrónico paulamaldonado96@autlook.com cel: 3138799330

Atentamente,

Paula Andrea Maldonado Muñoz.
PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ
Cedula de Ciudadanía No. 1.032.485.084 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.485.084
MALDONADO MUÑOZ

APELLIDOS
PAULA ANDREA

NOMBRES

Paula Andrea Maldonado

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

15-SEP-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00633976-F-1032485084-20141023 0040574771A 2 43472624

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C103248508400024143

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ**, identificado(a) con C.C. No. 1032485084 y T.P. o R.M. No. 1032485084 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones quese encuentren vigentes en dicho momento.

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el jueves 04 marzo 2021 a solicitud del(a) interesado(a).

GERMÁN GAMARRA HERNANDEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

Resultado General -2021-02-15→11:03:44 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1032485084	PAULA	ANDREA	MALDONADOMUÑOZ		Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 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 ANDREA MALDONADO MUÑOZ identificado(a) con CC 1032485084 registra La siguiente información:

2021-02-15→11:03:44 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2021-01-26	80208	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|BOGOTÁ, D.C.|BOGOTÁ, D.C.	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

Escaneado con CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ

C.C. 1032485084



MÉDICO

Universidad Antonio Nariño

Bogotá D.C.

Grado: 26/01/2021

Rethus: 26/01/2021

www.idcs.com

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 BH.
Info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	15 NOV 2011	012m9024	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	04 JUL. 2017	D2299 9/18	compensar salud
	2	04 AGO. 2017	D2299 10/18	compensar salud Angélica Sandoval C.
	3	05 02 18	22150316 M	Carmencore.
	4	04 MAR 2019	22150021 7C	Isabel
	5	08/06/2020	1335 XOVE	
Contra Hepatitis B	1	04 JUL. 2017	1434028 07	compensar salud
	2	04 AGO 2017	1434055 04	compensar salud Sandoval C.
	3	11 SET. 2017	1434033 07	
	R	19 OCT. 2018	AHBUCE64nI	Yaeldi del C. Ruiz. S

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
				Christian Santiago Guerrero
Contra Influenza		08/06/2020	28C120C	Auxiliar de
Virus de Papiloma Humano				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Paula Andrea
Apellidos:	Maldonado Muñoz
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 1032485084
Fecha de Nacimiento:	Día 11 Mes 07 Año 1996

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN
¡Vacuna que no hoy!

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Paula Andrea
Apellidos:	Maldonado
Documento de identidad:	C.C. T.I. Pasaporte No.
Fecha de Nacimiento:	Día. Mes. Año.

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
Y en su nombre el

Colegio Castilla

Institución Educativa Distrital

Autorizada por la Secretaria de Educacion de Bogotá, D.C.,
Según Resolución de Aprobación No. 417 del 30 de Enero de 2001

Confiere a:

Paula Andrea Maldonado Muñoz

Doc. No. 96071104297

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

Guadalupe Gamba Sanz
Rector(a)

Jennifer Alvis
Secretaria

Anotada al folio No. 17 del Libro para control interno de Diplomas No. 2

Escaneado con CamScanner

Acta Individual de Grado

COLEGIO CASTILLA
INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL
Jornada Mañana
Cra 78 No. 8 A - 43
Teléfono 412 6626
Bogotá, D.C.

Inscripción DANE 11100176761

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre del año 2013, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO CASTILLA INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL**, Institución aprobada hasta Nueva Determinación en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No. 417 del 30 de Enero de 2001.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO** al graduando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Paula Andrea Maldonado Muñoz
Doc. No. 96071104297

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 15 a los 4 días del mes de Diciembre 2013, que consta de 133 graduandos. que comienza con el nombre de: **ACEVEDO RODRÍGUEZ STEFANY** y cierra con el nombre de: **VILLAMOR MEDINA EDUARDO.**

Firmada por:
Lice Guadalupe Gamba Barrera (Rectora) y Ana Sofía Celis González (Secretaria)
Dada en Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre de 2013.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981 del MEN. El Diploma y el Acta de Grado no requieren Registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994.

(Firmado y sellado)

LICE GUADALUPE GAMBA BARRERA
Rectora
C.C. 51.735.193

ANA SOFIA CELIS GONZALEZ
Secretaria
C.C. 39.520.400 de Bogotá

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE LA

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
VIGILADA MINEDUCACION

CONFIERE EL TITULO DE

MÉDICO

A

Paula Andrea Maldonado Muñoz

C.C. No. 1.032.485.084 de Bogotá D.C

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS 26 DIAS DEL MES 1 DE 2021

RECTOR

VICE RECTOR ACADÉMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 3-30 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 31

BOGOTÁ, D.C. 27 DE 1 DE 2021

No. 56430

ELABORÓ

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica No. 4571 de 1977 del Ministerio de Educación Nacional

VIGILADA MINEDUCACIÓN

ACTA DE GRADO NUMERO 56430

El Rector de la Universidad, el Decano de la facultad y el Secretario General, teniendo en cuenta

Que el estudiante PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ

Con cédula de ciudadanía No. 1.032.485.084 de Bogotá D.C

Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del Programa de MEDICINA

De conformidad con las disposiciones legales vigentes le otorga el Título de:

MÉDICO

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de grado, en la ciudad de Bogotá a los 26 días del mes de ENERO de 2021

VICTOR HUGO PRIETO
RECTOR

CARLOS EDUARDO CAICEDO CÁCERES
DECANO

MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 3-30 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 31

Escaneado con CamScanner

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:09:00 PM horas del 12/02/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1032485084**

Apellidos y Nombres: **MALDONADO MUÑOZ PAULA ANDREA**

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 12 de febrero de 2021, a las 16:35:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032485084
Código de Verificación	1032485084210212163509

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.

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 163459344

WEB
11:28:52

Bogotá DC, 23 de marzo del 2021

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 ANDREA MALDONADO MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032485084:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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.

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:26:21 horas del 19/04/2021, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1032485084,** Apellidos y Nombres **MALDONADO MUÑOZ PAULA ANDREA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital Central de la Policía nacional**, con NIT **830067597-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2021

Horario: Lun - Jue 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm | Vie 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 4:00 pm
Dirección: Calle 18A # 69F–45 Zona Industrial, barrio Montevideo. Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.oac@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/02/2021 11:02:32 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1032485084** y Nombre: **PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ.**

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. **20024006** . 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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. Oficio
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente [X] C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
MALDONADO	MUÑOZ	PAULA	ANDREA

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1032485084
9. Sexo: Femenino [X] Masculino
10. Fecha de nacimiento: 11 07 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo / Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS BOLIVAR
16. Administradora de pensiones: COLFONDOS
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1 607 200
18. Residencia: CL 8 BIS D # 81 B-24 — 9063944 — 3138799330
PAULAMALDOM96@OUTLOOK.COM — BOGOTA — Zona: Urbana [X] Rural — KENNEDY — BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino Masculino
23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	S	T	P	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Cód. KENNEDY II
Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B
B
B

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte de ruptura de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha
43. EPS anterior: REGIMEN DE EXCEPCION
44. Motivo de traslado — Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información a correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

Paula Andrea Maldonado.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC [X] Cant. 1 PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total: 2
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | eps salud

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Paula Andrea Maldonado.

No. Identificación: 1.032.485.084 de Bogotá D.C.

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

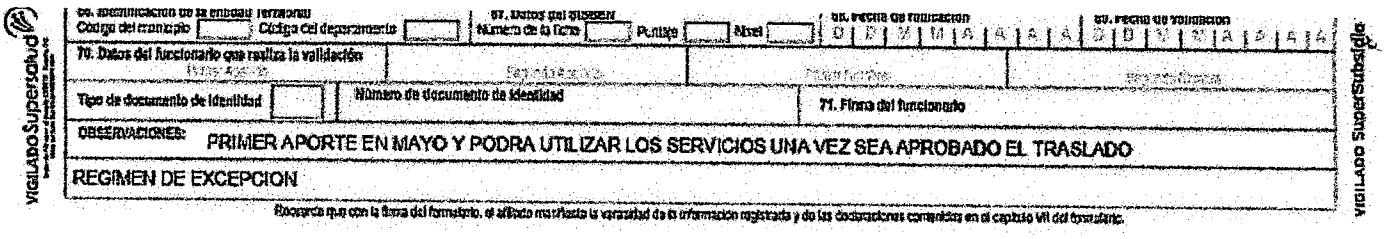
Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado: Paula Andrea Maldonado.

No. Identificación: 1.032.485.084 de Bogotá

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio



66. Identificación de la empresa Territorial Código del municipio: Código del departamento:		67. Datos del ejecutor Número de la ficha: Puntaje: Nivel:		68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación					
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		71. Firma del funcionario		
OBSERVACIONES: PRIMER APORTE EN MAYO Y PODRA UTILIZAR LOS SERVICIOS UNA VEZ SEA APROBADO EL TRASLADO					
REGIMEN DE EXCEPCION					

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones consignadas en el capítulo VII del formulario.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) PAULA ANDREA MALDONADO MUNOZ con identificación No. 1.032.485.084 se encuentra afiliado(a) a Pension Obligatoria desde el día 02 de febrero del 2017 y sus recursos están en el FONDO MODERADO desde el día 16 de febrero del 2021.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 16 de febrero del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 018000510000.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO

1.2 Consorcio o Unión Temporal		1.11 Persona Natural Extranjera	
1.2 Departamento		1.12 Persona Natural Nacional	X
1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera		1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	
1.4 Empresa Pública Nacional Financiera		1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	
1.5 Establecimiento Público Nacional		1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	
1.6 Gobierno Extranjero		1.16 Regional sin NIT Especial	
1.7 Municipio		1.17 Resguardo	
1.8 Otra Pública Departamental		1.18 Sociedad de Economía Mixta	
1.9 Otra Pública Municipal		1.19 Universidad Pública	
1.10 Otro Beneficiario		1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado	

2.TIPO DE DOCUMENTO

2.1 Cédula de Ciudadanía	X	2.4 Otro Tipo de Documento	
2.2 Cédula de Extranjería		2.5 Pasaporte	
2.3 Número de Identificación Tributaria		2.6 Tarjeta de Identidad	

NUMERO DEL DOCUMENTO 1 0 3 2 4 8 5 0 8 4

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3.TIPO DE RETENCION

3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente		3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor	
3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro		3.6 Régimen Común	
3.3 Gran contribuyente Autoretenedor		3.7 Régimen Simplificado	X
3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor			

4.NOMBRE O RAZON SOCIAL Paula Andrea Maldonado Muñoz
5.PAIS Colombia
6.CIUDAD Bogotá D.C.
7.TELEFONO Y FAX 313 879 93 30 - 9063944
8.DIRECCION Calle 8 Bis D No. 81 B 24
9.E-MAIL paulamaldom96@outlook.com

4. INFORMACION DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA: BANCOLOMBIA

2.NUMERO DE LA CUENTA: 0 4 5 1 8 5 5 5 6 6 4

3.CLASE DE CUENTA: CORRIENTE [ ] AHORROS [X]

ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 19-03-2021

Paula Andrea Maldonado

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA

Certificación Bancaria

Bancolombia

Miércoles, 17 de febrero de 2021

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ** identificado(a) con cc. **1032485084** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	045-185556-64	2021/02/15	Activa

*Importante: Esta constancia sólo 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario Vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia

Dorian Gutiérrez Correa

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14737871859

(415)7707212489984(8020) 000001473787185 9

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 2 4 8 5 0 8 4	2 0 1 4 0 9 1 5

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MALDONADO	MUÑOZ	PAULA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 8 BIS D # 81 B 24 AP 201

42. Correo electrónico paulamaldom96@outlook.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 8 7 9 9 3 3 0	9 0 6 3 9 4 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2021 - 01 - 29 / 20 : 48: 19

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MALDONADO MUÑOZ PAULA ANDREA
985. Cargo Contribuyente

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

República de Colombia
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. ## 1032485084 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :

DIRECCIÓN	TELÉFONOS	
CALLE 8 BIS D No. 81 B 24	3138799330 - 9063944	
MUNICIPIO	**DEPARTAMENTO**	**PAÍS**
BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	COLOMBIA

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
JAVIER ANTONIO MALDONADO OCAMPO	10. 035. 371	PADRE
MARIA LETICIA MUÑOZ MUÑOZ	43 035. 651	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTIT , 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [X], **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron :

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
ARRIENDOS	0
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0
TOTAL	0

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son: **SEDE DE LA CUENTA**

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	04518555664	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
VEHÍCULO	IBY 114 - TOYOTA - 2004	$ 35. 000. 000
-	-	-
-	-	-
-	-	-

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son :

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
–	–	–
–	–	–
–	–	–
–	–	–
–	–	–

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
–	–
–	–
–	–
–	–
–	–

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
–	–
–	–
–	–
–	–
–	–

c) En la actualidad : SI ☐ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
N / A	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	N / A

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN
–	–
–	–
–	–
–	–
–	–
–	–

3. FIRMA

Paula Andrea Maldonado
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá D.C. 19 de Marzo del 2021
CIUDAD Y FECHA

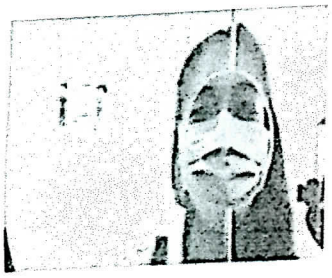
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirrección: CALLE 13 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443091
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE	**DIRECCIÓN**	Av. Cra. 68 No. 17 - 82, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-02-25	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ		Identificación CC	Nro	1032485084
Fecha de Nacimiento	1996-07-11	**Edad** 24	**Sexo**	F	
Empresa	PARTICULAR/OCCIDENTE				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2021-02-25 13:06:02	**Fecha Salida**	2021-02-25 13:06:16		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
OTRAS:	NO PRESENTA
CONTROLES	
titulo	NO PRESENTA
OTROS	

ZULMA YAMILE QUIMBAYO ZAMBRANO
RM: 52194867
Firma y sello del médico

PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ
CC 1032485084
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Maldonado	Muñoz	Paula Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.032.485.084

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 11 MES 07 AÑO 2021

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

MUNICIPIO: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 8 Bis D No. 81 B 24

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

MUNICIPIO: Bogotá D.C.

TELÉFONO: 9068944 EMAIL: paulamaldom96@outlook.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
										X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller académico

FECHA DE GRADO: 03 - Dic. - 2013

MES 12 AÑO 2013

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		Médico	26 enero	2012	1032485084

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Inglés		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⓧ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 Bogotá D.C. 23 de Marzo del 2021

Paula Andrea Maldonado.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Cendiatra
Teléfono
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CAVASUR OCCIDENTE 2	DIRECCIÓN	Av Cra 68 No 17 - 06 Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		E-MAIL	citas.occidente2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-03-30	TIPO DE EXAMEN	REINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	PAULA ANDREA VALDONADO MUÑOZ	Identificación CC	Nro 1032485083		
Fecha de Nacimiento	1996-07-11	Edad	24	Sexo	F
Empresa	PARTICULAR OCCIDENTE				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2021-03-30 10:24:32	Fecha Salida	2021-04-05 10:18:47		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS CARDIOVASCULAR	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	HEPATITIS A, ANTICUERPOS IG M [ANTI HVA-M]*
HEPATITIS A, ANTICUERPOS TOTALES	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	TRIGLICERIDOS

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI Observaciones: PERIODICO
VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: PERIODICO , CONTROL ANUAL
OTRAS	SI Observaciones: NO TRAE CARNET FISICO , LO TRAE POR FOTO (SE LE RECOMIENDA QUE ES IMPORTANTE TRAE EL DOCUMENTO EN FISICO) HEPATITIS A NO APARECE HEPATITIS B # 4 , ULTIMA 19 10 2018 TETANO # 5 DOSIS , ULTIMA 08 06 2020 INFLUENZA # 1 08 06 2020 VARICELA TIENE ANTICUERPOS PARA VARICELA TOMADOS EXTRAINSTITUCIONALMENTE 23 01 2019 , Ig G 19.9 Ig M 0.7 RUBEOLA Y SARAMPION 15 11 2011 ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO SEGÚN LOS REQUERIMIENTOS DEL PROFESIOGRAMA PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL EN SALUD DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL

CONTROLES

OIDO	
CONDICION VISUAL	SI
OTROS	NO PRESENTA

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

Cendiatra

Paula A. Maldonado

LEIDY VIVIANA CASTAÑEDA BORDA
RM. 52966805
Firma y sello del médico

PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ
CC 1032485084
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLINICO

Fecha entrega : 2021-04-05

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ		
Identificación	CC	Nro	1032485084
Fecha de Nacimiento	1996-07-11	Edad	24
Sexo	F	Empresa	PARTICULAR/OCCIDENTE
Fecha toma	2021-03-30 08:05:00	Sede	CENDIATRA OCCIDENTE 2
Direccion	Av. Cra. 68 No. 17 - 96, Zona Industrial Montevideo		

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	76	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126

ANALISIS

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	5.2	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	14.8	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	41.1	%	36.0-52.0%
VCM	78	fl	76-96fl
HCM	28.1	pg	27.0-32.0pg
CHCM	36.0	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	15.5	%	<15.0%
LEUCOCITOS	6.230	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	64.5	%	50-70%
LINFOCITOS	30.7	%	25-40%
MIXTAS	4.8	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	4.020	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	1.910	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	300	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	262.000	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	228	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	121	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	40	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	163.8	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio

Cendiatra

Fecha entrega : 2021-04-05

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

Shirley Karina Caceres Caceres
Microbiologa y Bioanalista
SES. 10053

SHIRLEY KARINA CACERES
1096951185
Firma y sello del médico evaluador

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

33006484

Nombre.	MALDONADO MUÑOZ PAULA ANDREA			Fecha de recepcion:	30-Mar-2021 4:56 pm
Identificacion	CC 1032485084	Tel.	3138799330	Fecha de Impresion:	05-Apr-2021 7:14 am
Edad	25 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	F	Empresa	CENDIATRA - OCCIDENTE
Medico	MEDICOS VARIOS			Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	CL001509—2149—7521-			Fecha Validacion	31-Mar-2021 9:37:00a.m.

Copi

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS A: Ac. Totales (Anti-HAV)	2.00	Índice	
Metodo: Quimioluminiscencia			
V. de Referencia:			
No Reactivo: Mayor de 1.1			
Indeterminado: 0.9 a 1.1			
Reactivo: Menor de 0.9			
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/mL	
Metodo: Quimioluminiscencia			
V. de Referencia:			
No Reactivo: Menor de 9.0 mUI/ml			
Indeterminado: De 9.0 a 11.0 mUI/ml			
Reactivo: Mayor de 11.0 mUI/ml			

Johanna León Galarza

JOHANNA LEON GALARZA
CC 1.026.273.916
BACTERIOLOGO

DIAZ IBAÑEZ ELIANA
C.C 21.062.197
BACTERIOLOGA

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg. N° EN02299417-2021

CERTIFICA QUE:

PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ

C.C. N° 1032485084

ASISTIO AL CURSO TALLER DE:

SOPORTE VITAL CARDIOPULMONAR BASICO (BLS) PARA PROFESIONALES EN SALUD

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE VEINTICUATRO (24) HORAS ACADEMICAS, BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR I.L.C.O.R., AMERICAN HEART ASSOCIATION Y EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 2020-2025
Y SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 DEL 25 NOVIEMBRE DEL 2019.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 16 DE ENERO 2021.

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JUAN FERNANDO GARCIA ALVAREZ
MEDICO DOCENTE INSTRUCTOR

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg. N°EN02299417 -2021

CERTIFICA QUE:

PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ

C.C. N° 1032485084

ASISTIO AL CURSO TALLER DE:

SOPORTE VITAL CARDIOPULMONAR AVANZADO (ACLS) PARA PROFESIONALES EN SALUD

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE VEINTICUATRO (24) HORAS ACADEMICAS, BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR I.L.C.O.R., AMERICAN HEART ASSOCIATION Y EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL 2020-2025
Y SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 DEL 25 NOVIEMBRE DEL 2019.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 16 DE ENERO 2021.

DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE GENERAL ENTHA LTDA

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JUAN FERNANDO GARCIA ALVAREZ
MEDICO DOCENTE INSTRUCTOR

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
Secretaría de Salud

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ

C.C.1032485084

participó en el curso virtual:

Abordaje integral a víctimas de violencia sexual

Del 24 de agosto de 2020 al 25 de octubre de 2020
Con una intensidad horaria de 70 horas
Bogotá

r 2 G M E f Y B n 5

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS

Policia Nacional Direccion de sanidad	FORMATO (G) SELECCIÓN DE PERSONAL INFORME FINAL	
	Macroproceso DISAN: Administrador Gestión del Talento Humano Elaboro: PS. ENRIQUE LUENGAS SOTELO	Proceso: Gestión del Talento Humano Actividad: Selección y Vinculación de Personal Fecha de emisión: 10/01/07
	Reviso: ST. DIANA MARCELA RIVEROS ARDILA	Fecha última actualización : 02/02/09
	Aprobó: MY. SONIA DEL PILAR MORENO C.	

DATOS GENERALES	
REQUERIMIENTO: MÉDICO GENERAL	FECHA: MARZO 09 DE 2021
UNIDAD: HOCEN	HORAS A CONTRATAR: HORAS
NOMBRE DEL OFERENTE: PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1032485084
PROFESIÒN : MÉDICO GENERAL	EDAD: 24 AÑOS
CONTRATO PARA: GRUPO HOTELERERIA HOSPITALARIA E INTERNACIÓN	DISPONIBILIDAD DE TIEMPO: HORAS

CONCEPTO PRUEBAS PSICOLOGICAS

PRUEBAS APLICADAS WARTEGG Y FIGURA HUMANA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES HASTA EL DÌA DE HOY CUMPLIENDO LO REQUERIDO PARA EL PERFIL.

MOMENTO DE LA ENTREVISTA.

RESULTADOS

CONCEPTO TECNICO:	CUMPLE
PROFESIONAL DE APOYO:	**Capitán Mónica Patricia Gutierrez Linares** , Responsable Grupo Hoteleria Hospitalaria e Internación HOCEN, **Doctor Jairo del Carmen Fragoso Ortiz** y PS. **Maria Isabel Acosta Vargas** Líder selección

PUNTAJE	PUNTAJE OBTENIDO	VALOR EN PORCENTAJE
PUNTUACION PRUEBA DE CONOCIMIENTOS	35.00	50%
PUNTAJE Y CONCEPTO ENTREVISTA:	21.00	30%
PUNTAJE EN ANALISIS DE HOJA DE VIDA	6.00	20%
TOTAL	62.00	100%

CONCEPTO EVALUACIÒN : APRUEBA

OBSERVACIONES:

Psicologa Maria Isabel Acosta Vargas
Líder Selección HOCEN

Coordinador Médico Jairo del Carmen Fragoso Ortiz

Capitán Mónica Patricia Gutierrez Linares
Responsable Grupo Hoteleria Hospitalaria e Internación HOCEN

Elaborado por: Psicologa Maria Isabel Acosta Vargas

S-2021-013668-DISAN

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
GRUPO SOPORTE Y APOYO HOCEN

ACREDITADO ONAC

HOCEN - GUSAP - 3.1

Bogotá D.C.,10 de marzo de 2021

Teniente Coronel
JAIR ALONSO PARRA ARCHILA
Jefe Seccional de Inteligencia Policial
Calle 40 B # 8–09 Barrio Sucre
Bogotá D.C.

Asunto: Solicitud estudios de confiabilidad HOCEN

Comedidamente me permito solicitar al señor Coronel, tenga a bien ordenar a quien corresponda realizar los estudios de seguridad al personal relacionado a continuación, quienes serán vinculados al Hospital Central mediante la modalidad contrato prestación de servicio.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO No.	PROFESION
1	PAOLA ANDREA PEREZ CUERVO	1,020,771,991	MEDICO GENERAL
2	JUAN CARLOS CASTRO ISA	1,020,804,397	MEDICO GENERAL
3	JENNIFER LORENA GRANDOS MONTOYA	1,030,672,152	MEDICO GENERAL
4	JUAN SEBASTIAN USMA GUTIERREZ	1,013,670,144	MEDICO GENERAL
5	PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ	1,032,485,084	MEDICO GENERAL
6	ELIZABEADENA BARBOSA	1,014,183,645	MEDICO GENERAL

Agradezco a usted, una vez surta efecto el estudio y exista novedad se retroalimente a esta dirección.

Atentamente,

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por:
Nombre: Domingo Alfredo Lopez Dales
Grado: Coronel
Cargo: Director (A) Hospital Central
Cédula: 78745490
Dependencia: Hospital Central De La Policia
Unidad: Dirección De Sanidad
Correo: domingo.lopez@correo.policia.gov.co
11/03/2021 7:12:20

AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

El (la) suscrito(a) Paula Andrea Maldonado Muñoz identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 1.032.485.084 expedida en Bogota., **autorizo** libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL con NIT. 830.067.597-4, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi proceso de selección y/o eventual celebración de contrato y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Bogota, el día 19 (__) de Abril de 2021.

Nombre Paula Andrea Maldonado M
Firma Paula A Maldonado
Cédula 1.032.485.084

Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHshcuesta	SERGIO HERNAN CUESTA RUIZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-001	HOSPITAL CENTRAL
Fecha y Hora Sistema:	2021-04-28-9:15 a. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "ítems de afectación de gastos"

Numero:	194621	**Fecha Registro:**	2021-04-28	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	16-01-02-001 HOSPITAL CENTRAL						
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado		**Tipo:**	Gasto		**Uso Caja Menor**	Ninguno		
Valor Inicial:	11.092.540,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00		**Valor Actual.:**	11.092.540,00	**Saldo x Comprometer:**	11.092.540,00	**Vr. Bloqueado**	0,00	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	196021	**Fecha Registro:**	2021-04-26	**Número:**		**Modalidad de contratación:**		**Tipo de contrato:**	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOR ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
Q01 SERVICIOS DE PERSONAL	A-02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS	Nación	16	SSF						
					Total:	11.092.540,00	0,00	11.092.540,00	11.092.540,00	0,00

Objeto:	MD GENERAL /// PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPHA HOCEN /// CD 824 /// PAA 754 /// 150 DIAS

PS - 03 JANNETH HERNANDEZ LIZARAZO
RESPONSABLE PRESUPUESTO HOCEN

HOSPITAL CENTRAL POLICIA NACIONAL

Nit: 830067597

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL **Numero: 986**

EL JEFE DE LA : PRESUPUESTO

C E R T I F I C A :

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de ONCE MILLONES NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE *** $11,092,540.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: MD GENERAL /// PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPHA HOCEN /// CD 824 /// PAA 754 /// 150 DIAS

Estado: **AUTORIZADO**
Area Solicitante: SERVICIOS DE PERSONAL SECSA HOCEN
Nombre Solicitante: CR DOMINGO LOPEZ
Fecha Solicitud: 28/04/2021
Observaciones: ..
Proyecto:

AREA		IMPUTACION PRESUPUESTAL									DESCRIPCION	VIGENCI	VALOR
		Tpo	Cla	Cta	Scta	Obg	Ord	Sor	Aux	Recu			
1724000	SERVICIOS DE PERSONAL SECSA HOCEN	0	2	020	200	8				16	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	2021	$11,092,540.00
											TOTAL		$11,092,540.00

Expedido a los 28 dias del mes de Abril de 2021 en la ciudad de BOGOTA

PS - 03 JANNETH HERNANDEZ LIZARAZO
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO HOCEN

Página 1 de 1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	POLICIA NACIONAL
Código: 1 DE- FR-0037		
Fecha: 23/05/2012		
Versión: 0	**CERTIFICACION PLAN DE COMPRAS SANIDAD**	

FECHA 17 DE FEBRERO DE 2021

CERTIFICADO No. 0754

397553

PAULA ANDREA MALDONADO MUÑOZ

UNIDAD EJECUTA	UNIDAD	PROGRAMA PRESUPUESTAL	MES PROYECTADO COMPRA	CODIGO CUBS	RUBRO PRESUPUESTAL	DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA)	FONDOS ESPECIALES R16		APORTES DE LA NACIÓN R10		OTRO RECURSO_____	
										VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL
HOCEN 001	HOCEN	PROGRAMA Q	ABRIL		02-02-02-008 SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCION	02-02-02-008-003 OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTIFICOS Y TECNICOS	MEDICO GENERAL 4 HORAS	2.218.508,00	150	11.092.540,00		NA		
										11.092.540,00			-	-

VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN 11.092.540,00

IT. JAIRO ANTONIO RODRIGUEZ GAITAN
ANALISTA PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES HOCEN

TE. ESTEBAN VERGARA MARTINEZ
RESPONSABLE PLANEACION HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

RECIBE:

Grado, Nombres y Apellidos

ELABORÒ: PU. MARGARITA ROSA RODRIGUEZ SALINAS	**REVISÒ:** TC. GLORIA ESMERALDA ARIZA BECERRA	APROBÒ BG JORGE ENRIQUE RODRIGUEZ PERALTA
FECHA: 01/04/12	**FECHA:** 30/04/12	FECHA: 10/05/2012