

REVISION ESTUDIOS PREVIOS	
CONTRATISTA O PROCESO	AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA
NUMERO ESTUDIO PREVIOS	1250-FAAC
OBJETO	PROCESO FACTURACION
FECHA REVISION	27/01/2025

PAGINA 3: Para el pago, el CONTRATISTA deberá aportar la siguiente documentación:

1. Informe de actividades
2. Certificado de paz y salvo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales del correspondiente periodo.
3. Informe de supervisión
4. Acta de inicio (primera cuenta).
5. Afiliación a la ARL (primera cuenta).
6. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de acuerdo al periodo certificado.
7. El valor del contrato se cancelará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la radicación de la factura.
8. El corte de recibo de facturas es el 25 de cada mes. Si no presenta la factura antes del 25, se entenderá que fue presentada el primer día hábil del mes siguiente.
9. Factura de acuerdo a las normas tributarias

PARAGRAFO 1: En los contratos de prestación de servicios de salud en caso de mora en el pago por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima Empresa Social del Estado, la mora se generará a partir de la solicitud que realice en contratista a la entidad y se cancelará solo un interés de mora del 0,1%.

PARAGRAFO 2: El contratista deberá cumplir con las condiciones señaladas en la forma de pago, por ningún motivo el contratista podrá presentar más de dos cobros o facturas, en un mismo

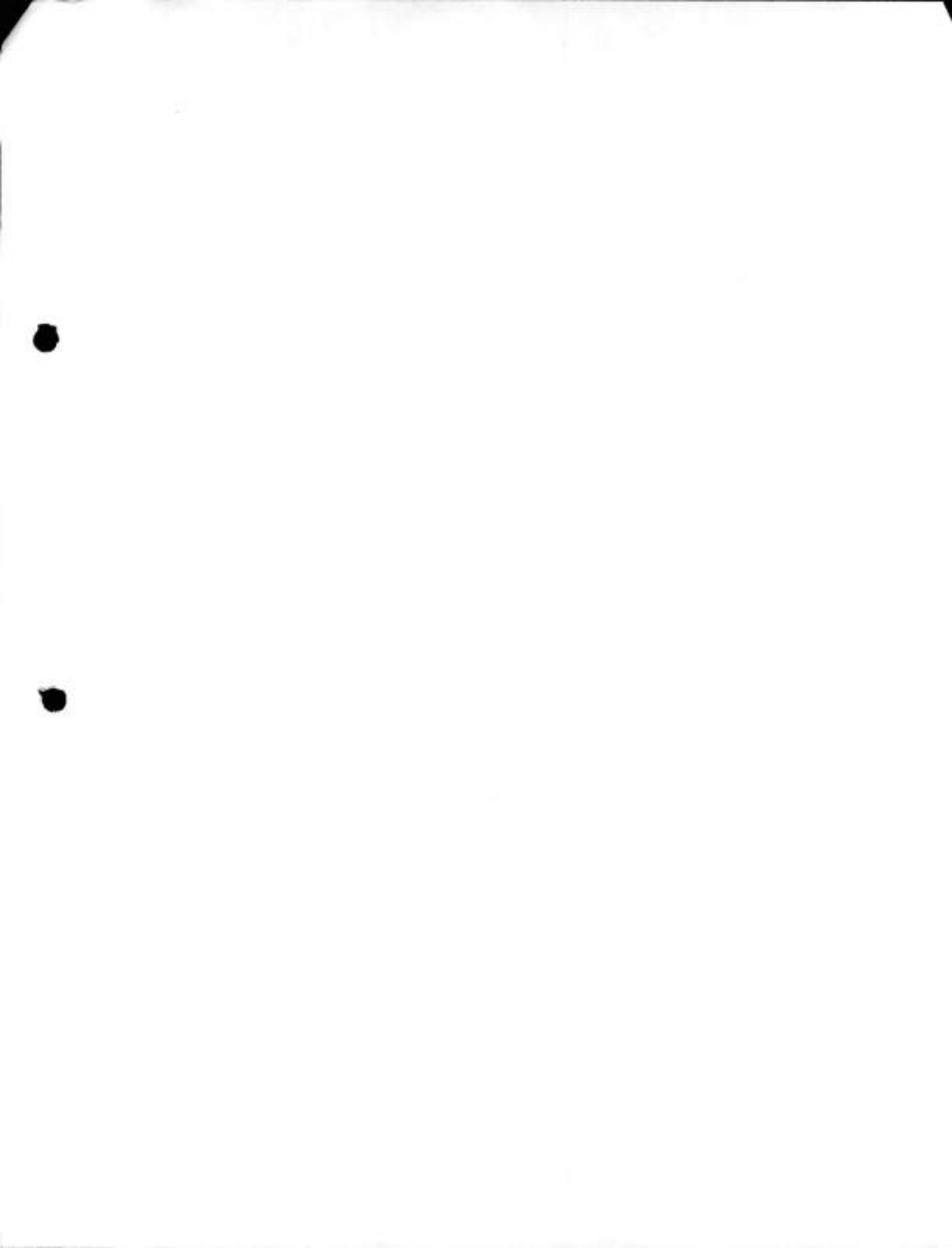
PAGINA 6: JUSTIFICACION FACTORES DE SELECCIÓN- LA OFERTA MAS FAVORABLE PARA EL PRESENTE PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA SERA AQUEL QUE CUMPLA CON LOS ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL ESTUDIO PREVIO.

PAGINA 6: CONDICIONES DE CUMPLIMIENTO PARA LA CONTRATACION: DEBE SER IGUAL A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS

CAMBIAR EN TODO LA PALABRA OFERENTE POR CONTRATISTA

FAVOR RECOGER EL EXPEDIENTE EN LA OFICINA JURIDICA PARA SUBSANAR OBSERVACIONES

REVISO	ANA LILIA ARBELAEZ CHAVARRO TECNICO OPERATIVO OFICINA JURIDICA
--------	---



LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL - ADMINISTRATIVA 1						
N°	DOCUMENTOS	FOLIOS	CUMPLE			RESPONSABLE
			SI	NO	NO APLICA	
ETAPA PREPARATORIA						
1	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA	2	✓			CONTRATISTA
2	GA-FR-045-ESTUDIOS PREVIOS VERSION 8 CON VoBo	3 - 12	✓			SUPERVISOR
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	13	✓			SUPERVISOR
ETAPA PRECONTRACTUAL						
4	PANTALLAZO DE QUE SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL SECOP II	14	✓			CONTRATISTA
5	PROPUESTA	15	✓			CONTRATISTA
6	CARTA DE ACEPTACIÓN (firma garante)	16	✓			SUPERVISOR
7	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP II	17-19	✓			CONTRATISTA
8	CERTIFICADOS DE ESTUDIOS (Títulos y certificaciones de educación formal y no formal; Copia del título, diploma o certificado y acta de grado expedida por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado) (Juridica)	22-27	✓			VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
9	CERTIFICACIÓN CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD (según resolución 0238 del 12-02-2020-MP/LL-política de humanización en conjunto con el programa de humanización) (Juridica)	28	✓			VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
10	CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (con funciones y según se indican las especificaciones técnicas de los estudios previos) (Juridica)	29-35	✓			VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
11	TARJETA PROFESIONAL (si aplica)				✓	VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
12	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA (Juridica)	36	✓			VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
13	FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150% (Juridica)	37	✓			VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
14	RUT ACTUALIZADO (vigencia menor a 3 meses)	20-22	✓			CONTRATISTA
15	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA (vigencia menor a 3 meses)	23	✓			CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR
16	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA (vigencia menor a 3 meses)	24	✓			CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR
17	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA (menor a 3 meses)	25	✓			CONSULTAR, VERIFICAR Y ANEXAR POR PARTE DEL SUPERVISOR
18	PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (cuando aplique)	26	✓			CONTRATISTA
19	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS (menor a 3 meses)	27	✓			CONTRATISTA
20	CERTIFICADO AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN (menor a 3 meses)	28	✓			CONTRATISTA
21	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A ARL (cuando aplique/menor a 3 meses)	29	✓			CONTRATISTA
22	CERTIFICADO CUENTA BANCARIA (activa)	30	✓			VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
23	CERTIFICADO VACUNA TETANO (vendimiento 10 años)	31	✓			VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
24	CERTIFICADO VACUNA COVID-19 O CARNET VACUNACION	32	✓			VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
25	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL (vigencia menor a dos años)	33	✓			VERIFICAR EN EL ULTIMO CONTRATO
26	FORMULARIO UNICO DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES -DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2013 DE 2019	34-36	✓			CONTRATISTA

27	GA-FR-099- FORMATO CONOCIMIENTO DE CUENTES (VoBo área encargada)	37-38	/			CONTRATISTA/SUPERVISOR
28	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL (firma P.E Talento Humano)	39	/			SUPERVISOR
29	CERTIFICADO DE IDONEIDAD (firma supervisor)	40	/			SUPERVISOR
30	SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNM (consultar en https://rvpsai.policia.gov.co/pac/fm_cnp_consulta.aspx)	41	/			CONTRATISTA
31	GA-FR-135-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	42-43	/			CONTRATISTA
32	GA-FR-136-AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	44-45	/			CONTRATISTA
33	GA-FR-188-FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES	46	/			CONTRATISTA
34	CERTIFICADO REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 2097 DE 2021	47	/			CONTRATISTA
35	FORMATO SOLICITUD DE REGISTRO PRESUPUESTAL	48	/			SUPERVISOR
ETAPA CONTRACTUAL						
36	CONTRATO					JURIDICA
37	REGISTRO PRESUPUESTAL					PRESUPUESTO
38	PÓLIZAS SOLICITADAS(CUANDO APLIQUE)					CONTRATISTA
39	RECIBO PAGO PÓLIZAS					CONTRATISTA
40	ESTAMPILLAS (Si aplica)					CONTRATISTA
41	CERTIFICADO AFILIACIÓN ARL					JURIDICA
42	CERTIFICADO DE LEGALIZACIÓN					JURIDICA
43	ACTA DE INICIO, ACTA MODIFICATORIA (si aplica), INFORMES DE SUPERVISIÓN, ACTAS DE ADICIÓN, PRORROGAS ETC SEGÚN ORDEN CRONOLÓGICO.					SUPERVISOR
44	GJ-FR-002-ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO					SUPERVISOR
TOTAL FOLIOS						

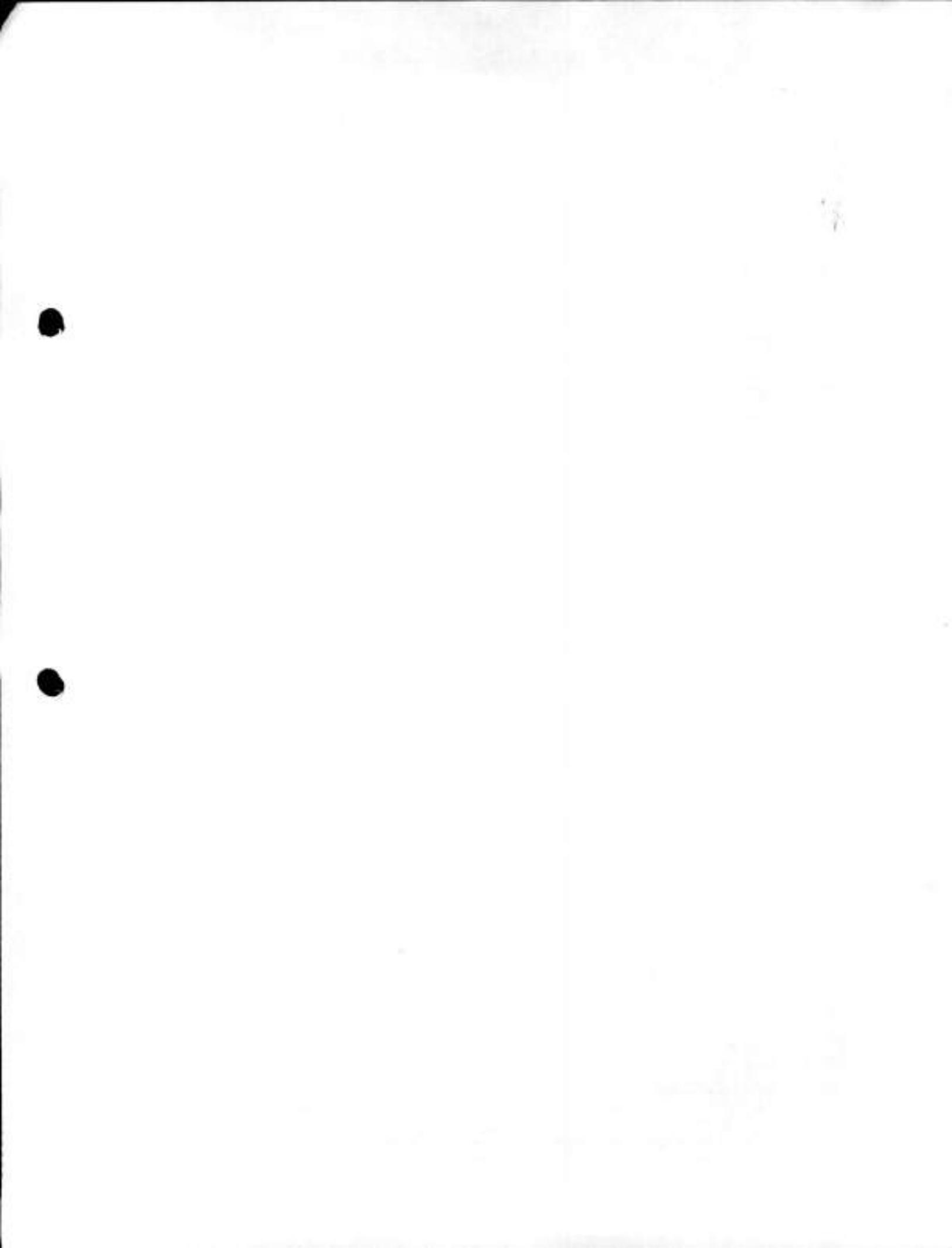
REVISIÓN, AVAL Y ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS POR PARTE DEL ÁREA QUE GENERA LA NECESIDAD

- 1.) EN LA LISTA DE CHEQUEO SE DEBEN INCLUIR LOS FOLIOS PARA CADA DOCUMENTO, EN ORDEN CONSECUTIVO DE CADA UNO DE ELLOS Y EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE.
- 2.) LOS ESTUDIOS PREVIOS DEBEN SER ENVIADOS EN WORD AL CORREO ELECTRÓNICO estudiosprevios.juridica1@gmail.com CON EL FIN DE INCLUIR LA INFORMACIÓN PLASMADA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS, EN LA MINUTA CONTRACTUAL
- 3.) INFORMAR Y ANEXAR DOCUMENTOS EN CASO DE QUE HAYA CAMBIOS DEL PERSONAL QUE INICIALMENTE VAYA A EJECUTAR EL CONTRATO - LA CUAL DEBE ALLEGAR A LA OFICINA JURIDICA

ENTREGA

	GESTIÓN JURÍDICA		Código: GJ-FR-011 Versión: 2 Vigencia: 2/10/2023 Página: 1 de 1
	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA - PERSONA NATURAL		

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	2025/10/24		CORREO ELECTRÓNICO		aaron_valencia@hotmail.com	
PRIMER NOMBRE	AARON		SEGUNDO NOMBRE		GILBERTO	
PRIMER APELLIDO	VALENCIA		SEGUNDO APELLIDO		PORTILLA	
FECHA DE NACIMIENTO (DDMMAAAA)	30/05/1983		LUGAR DE NACIMIENTO		IBAGUE-TOLIMA	R-4 D+
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	X	CE	NÚMERO DE DOCUMENTO		8.823.967
LUGAR DE EXPEDICIÓN	IBAGUE-TOLIMA		GÉNERO		MASCULINO	EDAD 43
ESTADO CIVIL	CABADO	NÚMERO DE HIJOS		1	TELÉFONO CELULAR	3216415246
					TELÉFONO Fijo	
DIRECCIÓN ACTUAL	MZ 84 CASA 4 CAÑAVERAL 2 ETAPA				CUIDAD	IBAGUE-TOLIMA
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD	SI		NO	X	¿CUAL?	
N° LIBRETA MILITAR (Cuando Aplique)	580302		DISTRITO MILITAR (Cuando Aplique)			
PROFESIÓN	ESPECIALIZACIÓN					
NIVEL DE RIESGO SEGUN ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR	1		2		3	X
					4	
					5	
N° TARJETA PROFESIONAL (Cuando Aplique)					FECHA DE EXPEDICIÓN	
EPS	NUEVA EPS			FONDO DE PENSION(AFP)		PROTECCIÓN
ARL	SURA		FUNCIÓN A DESEMPEÑAR		TÉCNICO ADMINISTRATIVO	
ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACIÓN DE DOCUMENTOS	SI		NO	X	NÚMERO DE CONTRATO	FECHA DE TERMINACIÓN
TENGA EN CUENTA QUE NO DEBE HABER CONTRATOS CON UN MISMO OBJETO CONTRACTUAL EN EJECUCIÓN SIMULTÁNEA.						
ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE-AFLIACIÓN ARL PERSONA NATURAL.						
CONTRATO NÚMERO					FECHA DE SUSCRIPCIÓN (FIRMA)	
DURACIÓN DEL CONTRATO	MESES		DÍAS			
FECHA DE INICIO CONTRATO					FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	
FECHA DE INICIO COBERTURA ARL					FECHA DE TERMINACIÓN COBERTURA ARL	
VALOR						



ESTUDIOS PREVIOS 1205-FAAC					 Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL DE TODOS</small>
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 1 de 21	

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

E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA	
ESTUDIOS PREVIOS	
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN GENERAL	
Fecha de elaboración del Estudio Previo	28 de Enero 2025
Nombre del funcionario que diligencia el Estudio previo	OFELIA VARGAS ROMERO
Dependencia que supervisa la Ejecución del Contrato	FACTURACION Y ADMISIONES
Dependencia solicitante	FACTURACION Y ADMISIONES
Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS
Presupuesto Oficial	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$8.400.000) MCTE
Rubro del Presupuesto Oficial	2.1.2.02.02.008.8.3.9.9.0.01- OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P.
Descripción de la Necesidad	
Justificación	<p>El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E. en cumplimiento de su misión y considerando que el Procedimiento de Generación y Validación de RIPS según, Ley 1122/2007; resolución modificatoria N.1531/2014; Ley estatutaria 1751/2015; circular 24/2015; Ley 1966/2019, Decreto 441/2022, Resolución 1036/2022; generación de los FURIPS, FURPRO, FURPEN, FURTRAN, FURCEN, según, Decreto 056/2015, Decreto 780/2016, Decreto 2097/2022, decreto 2044/2022,circular 22/2023 Adres; es parte fundamental dentro del Proceso de Facturación y Auditoria Médica, así mismo en el marco de la normativa vigente establecida por el Ministerio de Salud, las entidades de salud están obligadas a cumplir con requisitos específicos para la generación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y la facturación electrónica, conforme a la Resolución 2275 de 2023 cuya vigencia fue modificada por la resolución 558 de 2024 y modificada por la Resolución 1884 de 2024, Resolución quedando como fecha de Entrada en operación del mecanismo único de validación del RIPS (JSON) como soporte de la FEV en salud (XML con los campos adicionales del sector salud) el 1 de Febrero de 2024. El Hospital Federico Lleras es la única Institución Pública de alta complejidad en el departamento del Tolima, que</p>

**ESTUDIOS PREVIOS
1205-FAAC**



CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 2 de 21
----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	------------	----------------

	<p>presta servicios en salud a las diferentes EAPB del régimen subsidiado y contributivo, regímenes de excepción, medicina prepagada, Administradoras de Riesgo Laborales(ARL), pólizas de salud, Entes territoriales con Población migrante y población PPNA, Aseguradoras del SOAT y ADRES, entre otros, debiendo cumplir con el principio de eficiencia, y autonomía administrativa, técnica y financiera, garantizando el flujo de recursos por prestación de servicios de salud.</p> <p>En razón de lo anterior y con el fin de dar cumplimiento a los cambios normativos del ministerio y Adres, el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima ESE, requiere la contratación para el <u>desarrollo del procedimiento de generación, cargue, validación de RIPS de la facturación generada e informes requeridos por el hospital Federico lleras acosta de Ibagué – Tolima ese a las entidades responsables de pago.</u></p>
Descripción y Especificaciones del objeto a contratar	
Objeto del Contrato	<p>Prestar los servicios de apoyo a la gestión del área de facturación en las actividades de generación, revisión, ajustes y validación de los Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS en las mallas validadoras de las diferentes EAPB y las definidas por el ministerio de Salud de forma oportuna, garantizando el flujo de recursos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E</p>

Identificador con el clasificador de bienes y servicios		
segmento	80	Servicio de gestión, servicios profesionales de empresa y administrativos.
familia	10	Servicio de recursos humanos
Clase	15	Servicio de personal temporal
Producto 1		Servicio de personal temporal

Especificaciones Técnicas	<p>Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Título Bachiller. • Técnico área de salud, sistema de información, administrativo y financiero. • Experiencia mínima de 2 años en áreas administrativas, sistemas de información y financieras.
Plazo del Contrato	<p>Por un término de tres (3) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio, publicada en la plataforma secop II, previo cumplimiento de los requisitos de ejecución.</p>

ESTUDIOS PREVIOS 1205-FAAC					 Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL DE TODOS</small>
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 3 de 21	

Lugar de Ejecución del Contrato	Hospital Federico Lleras Acosta E. S. E.
Forma de Pago	<p>La entidad contratante cancelara el presente contrato de la siguiente manera:</p> <p>MONTO FIJO: Tres (03) Pagos cada uno por DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (2.500.000) MCTE; El valor del contrato se cancelara dentro de los Sesenta (60) días contados a partir de la presentación de la factura.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de actividades 2. Certificado de paz y salvo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales del correspondiente periodo. 3. Informe de supervisión 4. Acta de inicio (primera cuenta). 5. Afiliación a la ARL (primera cuenta). 6. Certificación expedida por el supervisor del contrato, en donde conste el cumplimiento a cabalidad del objeto de acuerdo al periodo certificado. 7. El valor del contrato se cancelará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la radicación de la factura. 8. El corte de recibo de facturas es el 25 de cada mes. Si no presenta la factura antes del 25, se entenderá que fue presentada el primer día hábil del mes siguiente. 9. Factura de acuerdo a las normas tributarias <p>PARAGRAFO 1: En los contratos de prestación de servicios de salud en caso de mora en el pago por parte del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima Empresa Social del Estado, la mora se generará a partir de la solicitud que realice en contratista a la entidad y se cancelará solo un interés de mora del 0,1%.</p> <p>PARAGRAFO 2: El contratista deberá cumplir con las condiciones señaladas en la forma de pago, por ningún motivo el contratista podrá presentar más de dos cobros o facturas, en un mismo mes.</p>
VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y ANALISIS ECONOMICO JUSTIFICADO	
El valor Estimado para la presente contratación es de:	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$8.400.000) MCTE

**ESTUDIOS PREVIOS
1205-FAAC**



CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 4 de 21
-----------------------------	--	--	-------------------	-----------------------

ESTUDIOS DE MERCADO

Para efectos del cálculo del presupuesto en el histórico se realizó en análisis económico del valor estimado del contrato, basándose en el histórico de tarifas contratadas por el hospital Federico lleras acosta.

TIEMPO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL	NUMERO PROCESO-CONTRATO
3 Meses	7.732.500	2024-0525

se evidencia que el presupuesto asignado para el presente contrato es equivalente a lo contratado en vigencias anteriores para cumplir con el objeto contractual y que en virtud a lo anterior el presupuesto oficial es de (\$8.400.000)

ANALISIS REALIZADO

Dentro de la Institución en su planta global tanto en la planta Definitiva y temporal no se cuenta con el suficiente recurso Humano que asuma las funciones de apoyo a la gestión en el proceso de facturación, radicación y admisiones.

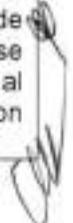
GARANTIAS DEL CONTRATO:

Tipo o Clase de Garantía	Cobertura o Niveles de Amparo	Valores	Vigencia	Clase de contrato
Cumplimiento del contrato:	Para precaver los perjuicios que se deriven del incumplimiento de las obligaciones contractuales incluidas las multas y la cláusula penal que se pacten en el contrato.	El valor de esta garantía debe ser de por lo menos el diez por ciento (10%) del valor del contrato a menos que el valor del contrato sea superior a un millón (1.000.000) de smmlv, caso en el cual la Entidad Estatal aplicará las siguientes reglas: 1. Si el valor del contrato es superior a un millón (1.000.000) de smmlv y hasta cinco millones (5.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el dos punto cinco por ciento (2,5%) del valor del contrato. 2. Si el valor del contrato es superior a cinco millones (5.000.000) de smmlv y hasta diez millones (10.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el uno por ciento (1%) del valor del contrato. 3. Si el valor del contrato es superior a diez millones (10.000.000) de smmlv, la Entidad Estatal puede aceptar garantías que cubran al menos el cero punto cinco por ciento (0,5%) del valor del contrato.	Plazo total del contrato y seis (6) meses más.	SE SOLICITA PARA TODOS LOS CONTRATOS QUE SUPEREN LOS 150 SMMLV

GARANTIAS DEL CONTRATO

ESTUDIOS PREVIOS 1205-FAAC				 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE BOGOTÁ</small>	
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 5 de 21	

Obligaciones del Contratista	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Generación de los Registros individuales de prestación de servicios- RIPS del sistema de información Dinámica gerencial. ➤ Revisión de Los Registros individuales de prestación de servicios- RIPS, para cumpla con las condiciones mínimas de validación en las diferentes plataformas. ➤ Cargue y validación de los medios magnéticos de los Registros individuales de prestación de servicios- RIPS, en las diferentes plataformas EAPB y plataforma del ministerio. ➤ Presentación de los Registros individuales de prestación de servicios- RIPS ➤ Realizar la correcta homologación las actividades en el sistema codificadas con SOAT a CUPS. ➤ Dar cumplimiento a los tiempos de generación de los Registros individuales de prestación de servicios- RIPS de acuerdo al cronograma de radicación de las diferentes EAPB. ➤ Reportar de manera inmediata las inconsistencias de las validaciones reportadas por las plataformas. ➤ Participar en actividades de educación con lo relacionado a los hallazgos de sus actividades contratadas. ➤ Elaborar los informes solicitados por el jefe del área con la oportunidad y calidad requerida. ➤ Participación en la elaboración de los documentos de radicación. ➤ Informes requeridos por el hospital con información que se generen de los RIPS. ➤ Gestionar con cada EPS las cuentas respectivas para asignación de claves necesarias para el acceso a los validadores en línea. ➤ Actualizar e informar los cambios de la normatividad Vigente en le diligenciamiento de los RIPS. ➤ Si se requiera generación de los FURIPS, FURPRO, FURPEN, FURTRAN, FURCEN. ➤ Validación en las mallas del Adres. ➤ Obrar con diligencia en los asuntos a él encomendados. ➤ Resolver las consultas con mayor celeridad posible. Realizar un informe general de las actividades que se le hayan entregado cada mes (o más, según se acuerde). ➤ Brindar debida respuesta a los requerimientos efectuados por los entes de control, por entidades y/o personas que así lo soliciten. ➤ Estar a paz y salvo con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral. El salario base de cotización con el cual debe realizar el aporte mensual como trabajador independiente, deberá corresponder como mínimo al 40% del valor facturado al hospital en el respectivo mes. En el caso de personas jurídicas se deberá anexar la planilla de pago de nómina del correspondiente mes; en caso de no tener empleados se aportará la certificación del contador donde conste que se encuentra al día en el pago de la seguridad social en cumplimiento del de acuerdo con el Art. 50 de la Ley 789 de 2002 y el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007.
------------------------------	--



ESTUDIOS PREVIOS 1205-FAAC



CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 6 de 21	
----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	------------	----------------	--

Obligaciones de la E.S.E.	<ul style="list-style-type: none"> Pagar oportunamente al contratista según lo establecido en el contrato Resolver las peticiones presentadas por el contratista en los términos consagrados por la Ley Cumplir y hacer cumplir las condiciones pactadas en el contrato y en los documentos que de él forman parte. 																																																	
Plazo de liquidación del contrato	El término de que disponen las partes para liquidar los contratos de mutuo acuerdo, será de cuatro (4) meses contados a partir de la finalización del plazo de ejecución señalado en el mismo, de no realizarse dentro del término previsto se aplicará a lo dispuesto en el Estatuto de contratación. Igualmente debe tenerse en cuenta que para aquellos de ejecución instantánea como los de prestación de servicios profesionales, no se requiere la liquidación de contrato, conforme lo dispone el decreto 019 de 2012.																																																	
Fundamentos Jurídicos de Modalidad de Selección	El marco legal del proceso de selección y de las obligaciones que se deriven de su adjudicación, está conformado por la Constitución Política, las Leyes de la República de Colombia y en especial por el estatuto de contratación de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta, las normas orgánicas de presupuesto, las disposiciones cambiarias, y las demás normas concordantes con la materia, que rijan y lleguen a regir los aspectos del presente proceso de selección.																																																	
Justificación de los factores de selección	La oferta más favorable para el presente proceso de contratación directa será aquel que cumpla con las especificaciones técnicas del estudio previo.																																																	
Condiciones de cumplimiento para la contratación.	Las siguientes son las especificaciones técnicas mínimas requeridas por la E.S.E. HOSPITAL FEDERICO LLERAS, las cuales son de obligatorio cumplimiento: <ul style="list-style-type: none"> Título Bachiller. Técnico área de salud, sistema de información, administrativo y financiero. Experiencia mínima de 2 años en áreas administrativas, sistemas de información y financieras. 																																																	
Estimación, tipificación y asignación de riesgos previsible	<p>El Hospital Federico Lleras identifica los siguientes riesgos asociados al proceso de contratación:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>CLASE</th> <th>FUENTE</th> <th>ETAPA</th> <th>TIPO</th> <th>PROBABILIDAD</th> <th>VALORACION PROBABILIDAD</th> <th>IMPACTO</th> <th>VALORACION IMPACTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>General</td> <td>Interno</td> <td>Planación</td> <td>Económicos</td> <td>Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)</td> <td>1</td> <td>Insignificante</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Específico</td> <td rowspan="2">Externo</td> <td>Selección</td> <td>Sociales o Políticos</td> <td>Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)</td> <td>2</td> <td>Menor</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Contratación</td> <td>Operacionales</td> <td>Possible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)</td> <td>3</td> <td>Moderado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="3"></td> <td rowspan="3"></td> <td rowspan="3">Ejecución</td> <td>Financieros</td> <td>Probable (Probablemente va a ocurrir)</td> <td>4</td> <td>Mayor</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Regulatorios</td> <td>Casi Ciertos (Ocurren en la mayoría de circunstancias)</td> <td>5</td> <td>Catstrófico</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>De la Naturaleza Ambientales Tecnológicos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	PROBABILIDAD	VALORACION PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION IMPACTO	General	Interno	Planación	Económicos	Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	Insignificante	1	Específico	Externo	Selección	Sociales o Políticos	Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	Menor	2	Contratación	Operacionales	Possible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	Moderado	3			Ejecución	Financieros	Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	Mayor	4	Regulatorios	Casi Ciertos (Ocurren en la mayoría de circunstancias)	5	Catstrófico	5	De la Naturaleza Ambientales Tecnológicos					
CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	PROBABILIDAD	VALORACION PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION IMPACTO																																											
General	Interno	Planación	Económicos	Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	Insignificante	1																																											
Específico	Externo	Selección	Sociales o Políticos	Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	Menor	2																																											
		Contratación	Operacionales	Possible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	Moderado	3																																											
		Ejecución	Financieros	Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	Mayor	4																																											
			Regulatorios	Casi Ciertos (Ocurren en la mayoría de circunstancias)	5	Catstrófico	5																																											
			De la Naturaleza Ambientales Tecnológicos																																															

Categoría	Valoración	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		1	2	3	4	5
Raro (Puede ocurrir excepcionalmente)	1	2	3	4	5	6
Improbable (Puede ocurrir excepcionalmente)	2	3	4	5	6	7
Posible (Puede ocurrir en cualquier momento futuro)	3	4	5	6	7	8
Probable (Probablemente va a ocurrir)	4	5	6	7	8	9
Casi Cierto (Ocurre en la mayoría de circunstancias)	5	6	7	8	9	10

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

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

MECANISMOS DE COBERTURA:

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

DEFINICIONES:



**ESTUDIOS PREVIOS
1205-FAAC**



CÓDIGO:
GA-FR-045

Fecha de elaboración:
18-01-2016

Fecha de actualización:
12/12/2022

Versión: 8

Página 8 de 21

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

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

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

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

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

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

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

No.	Clase	Fuente	Etapas	Tipo	DESCRIPCIÓN (Qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia de la evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad
1	General	Interno	Ejecución	Operacional	Ocurre cuando se presentan demoras por parte de la Entidad en las aprobaciones previas de los productos y/o informes desarrollados por el contratista.	Afecta el cumplimiento de las obligaciones del contratante a cargo del Supervisor del contrato, relacionadas con la aprobación de productos y/o informes, y genera retraso en el trámite de pago a favor del contratista.	Moderado	Moderado	Medio	Medio

ESTUDIOS PREVIOS 1205-FAAC



CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 9 de 21
----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	------------	----------------

2	General	Interno	Contratación	Financiero	Se presenta cuando la entidad no cuenta con los recursos para pagar el valor del contrato en los plazos establecidos.	Genera mora de la entidad en el pago que puede afectar al contratista, hasta el punto de romper la ecuación económica del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja
3	General	Externa	Ejecución	Regulatorio	Se presenta por la expedición de normas que impongan nuevos tributos, impuestos o cargas parafiscales, que pueden afectar el equilibrio económico del contrato.	Genera una carga adicional a las previstas, que puede afectar a cualquiera o a las dos partes del contrato.	Raro	Menor	Bajo	Baja
4	General	Externa	Ejecución	Financieros	Los efectos derivados de las variaciones en los precios de los elementos a suministrar.	Afecta la entrega oportuna de los elementos objeto de compra	Probable	Alto	Alto	Alto

Forma de Mitigario:

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

**ESTUDIOS PREVIOS
1205-FAAC**



CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 10 de 21
-----------------------------	--	--	-------------------	------------------------

+	CONTRATISTA	El contratista deberá prever esta situación al momento de realizar la oferta.	Sí	No	Contratista	Verificación de los precios unitarios ofrecidos acorde con el movimiento del mercado en 1 año.	Al elaborar la propuesta
			Alto	Alto			

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN FINANCIERA

Soporte técnico y económico del valor estimado del contrato

Variables consideradas para calcular el presupuesto oficial	Los valores asignados para este tipo de contratación son de acuerdo a la proyección presupuestal para la vigencia fiscal 2025.
Aspectos a considerar en el valor de la Propuesta	El valor de la propuesta deberá incluir el ítem más el valor del IVA para quienes estén obligados y con las consideraciones de valor de los bienes y elementos a contratar, así como los descuentos de ley establecidos en la ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA. Se entiende que los bienes o servicios suministrados cumplen con las normas vigentes nacionales y las internacionales que para tal caso rigen.
Informes y evaluación:	<p>El futuro contratista deberá presentar informes en los que dé cuenta de las actividades desarrolladas, con la siguiente periodicidad: mensuales, los cuales deben estar aprobados por el supervisor del contrato. La Entidad Estatal contratante se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, informes sobre la ejecución del contrato y los avances, junto con los documentos que lo soportan.</p> <p>La Entidad Estatal contratante evaluará periódicamente el desempeño del Contratista durante el desarrollo del objeto contractual, con arreglo a los criterios de evaluación que haya aprobado para el efecto.</p>

[Handwritten signature]

ESTUDIOS PREVIOS 1205-FAAC					 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2018	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 11 de 21	

Declaraciones del contratista	<p>El futuro contratista hace las siguientes declaraciones:</p> <p>Conoce y acepta los Documentos del Proceso</p> <p>Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.</p> <p>Se encuentra debidamente facultado en caso de suscribir contrato.</p> <p>Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad.</p> <p>Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral, según la normatividad vigente.</p> <p>El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionados con el cumplimiento del objeto del presente contrato.</p> <p>El oferente manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.</p> <p>En caso de adjudicación del contrato el oferente se compromete a no contratar menores de edad para el ejercicio del objeto contractual, así como a no permitir que se subcontrate a menores de edad para tales efectos, dando aplicación a la Resolución 1677 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y los Pactos, Convenios y Convenciones Internacionales ratificados por Colombia, sobre los derechos de los niños.</p> <p>En caso de adjudicación del contrato autoriza al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, verificar los títulos y demás documentos presentados en la oferta.</p>
-------------------------------	---

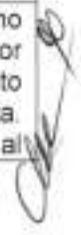
ESTUDIOS PREVIOS 1205-FAAC				 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TOLIMA</small>
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8 Página 12 de 21	

Responsabilidad:	El oferente en caso de salir adjudicatario será responsable por el cumplimiento del objeto contractual y será responsable por los daños que ocasionen sus empleados, los empleados de sus subcontratistas, al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE DE IBAGUE TOLIMA en la ejecución del objeto Contractual.
Propiedad Intelectual:	Si de la ejecución del futuro contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a Hospital Federico Lleras Acosta de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Así mismo, el Contratista garantiza que los trabajos y servicios prestados a Hospital Federico Lleras Acosta por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros.
Confidencialidad	En caso de que exista información sujeta a reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. Para el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, la Historia Clínica de los Pacientes gozan de Reserva Legal.
Terminación, modificación e interpretación unilateral del Contrato:	<p>El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el Contrato, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato.</p> <p>Terminación anticipada del contrato: Procede por: a. Por mutuo acuerdo entre las partes. b. Por declaratoria de caducidad del contrato por parte del CONTRATANTE en la forma y en los efectos previstos en el art 18 de la ley 80 de 1993. c. Por decisión autónoma de cualquiera de las partes en cualquier tiempo, dando aviso por escrito a la otra con por lo menos treinta (30) días de anticipación. d. Por evaluación no satisfactoria del CONTRATISTA. e. El reporte del contratista en la listas nacionales e internacionales que establecen la relación de personas que de acuerdo al organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo.</p>

[Handwritten signature]

ESTUDIOS PREVIOS 1205-FAAC				 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>	
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 13 de 21	

	<p>Modificación concertada: Cualquier decisión que modifique la relación contractual inicialmente pactada, no será válida sin la aprobación conjunta y por escrito de las partes contratantes</p> <p>Suspensión temporal del contrato: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes suspender temporalmente la vigencia del contrato mediante la suscripción de un acta en donde conste el evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. Cuando estas circunstancias afecten las obligaciones del Contratista para ser aceptadas, este deberá comunicarlo por escrito al contratante dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del hecho con la debida comprobación. Se entiende por fuerza mayor o caso fortuito las situaciones contempladas y definidas por el art 1 de la ley 95 de 1890</p> <p>Cláusula 16 – El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, se reserva el derecho de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios administrativos profesionales, conforme a los estipulado en el art 18 de la ley 80 de 1993</p>
Multas	En los contratos se incluirán las sanciones por incumplimiento del contratista como son la cláusula penal pecuniaria por un valor equivalente al 20% del valor total del contrato en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista; las multas diarias y sucesivas hasta por diez (10) días equivalente al 0.2% del valor total del contrato en caso de incumplimiento parcial al objeto del contrato la cual debe aplicarse antes de la terminación del plazo de ejecución de este último.
Caducidad	El Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué Tolima, se reserva el derecho de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios administrativos profesionales, conforme a los estipulado en el art 18 de la ley 80 de 1993
Cláusula Penal	Las partes contratantes convienen pactar como sanción pecuniaria el equivalente al 20% del valor estipulado en el contrato, en caso de incumplimiento grave del objeto del contrato por parte del contratista. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA autoriza al



**ESTUDIOS PREVIOS
1205-FAAC**



CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 14 de 21
-----------------------------	--	--	-------------------	------------------------

	<p>CONTRATANTE para que descuente el valor de la sanción pecuniaria del saldo que tenga el contratante a favor del CONTRATISTA</p>
Independencia del Contratista	<p>Como la prestación del servicio por ejecutar se desarrolla con autonomía e independencia del CONTRATISTA la celebración del presente contrato no constituye relación laboral alguna entre el CONTRATANTE y aquel, por consiguiente no genera derechos, emolumentos o prestaciones pecuniarias distintas de las pactadas en la cláusula séptima del presente contrato. EL CONTRATISTA actúa de manera autónoma e independiente y no tiene vínculos laborales con EL HOSPITAL, garantizando la prestación de servicios objeto del presente contrato por sus propios medios, asumiendo sus propios riesgos, con plena libertad y autonomía técnica y directiva. En consecuencia, no está subordinado al HOSPITAL, por tal razón las personas que llegue a designar y/o contratar para la ejecución del presente contrato actúan bajo su exclusiva dirección y responsabilidad, estando a su cargo la totalidad de los salarios, prestaciones sociales, servicios y demás cargas laborales que pudieren generarse, así como todos los demás gastos en que incurra en ejecución del presente acuerdo.</p>
Cesión	<p>El Contratista no puede ceder parcial ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente Contrato sin la autorización previa y por escrito de Hospital Federico Lleras Acosta. Si el Contratista es objeto de fusión, escisión o cambio de control Hospital Federico Lleras Acosta contratante está facultada a conocer las condiciones de esa operación. En consecuencia, el Contratista se obliga a informar oportunamente a Hospital Federico Lleras Acosta contratante de la misma y solicitar su consentimiento. Si la operación pone en riesgo el cumplimiento del Contrato, Hospital Federico Lleras Acosta exigirá al Contratista, sus socios o accionistas una garantía adicional a la prevista en la cláusula 18 del presente Contrato. Si el Contratista, sus socios o accionistas no entregan esta garantía adicional, el Hospital Federico Lleras Acosta puede válidamente oponerse ante la autoridad correspondiente a la operación de fusión o escisión empresarial o cambio de control. El Contratista no podrá ceder parcial o totalmente el contrato sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la entidad CONTRATANTE</p>

[Handwritten signature]

ESTUDIOS PREVIOS 1205-FAAC					 Federico Lleras Acosta <small>EL HOSPITAL DE TODOS</small>
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 15 de 21	

Indemnidad	<p>El Contratista se obliga a indemnizar al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, con ocasión de la violación o el incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente Contrato. El Contratista se obliga a mantener indemne a Hospital Federico Lleras Acosta de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones hasta por el monto del daño o perjuicio causado. El Contratista mantendrá indemne a Hospital Federico Lleras Acosta por cualquier obligación de carácter laboral o relacionado que se originen en el incumplimiento de las obligaciones laborales que el Contratista asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente Contrato.</p>
Caso Fortuito y Fuerza Mayor	<p>Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente Contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana.</p>
Solución de Controversias	<p>Las controversias o diferencias que surjan entre el Contratista y la Entidad Estatal contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del Contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente Contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se resolverán mediante: Conciliación: Cuando la controversia no pueda arreglarse de manera directa debe someterse a un procedimiento conciliatorio que se surtirá ante el centro de conciliación de la ciudad de Ibagué, previa solicitud de conciliación elevada individual o conjuntamente por las Partes. Si en el término de ocho (8) días hábiles a partir del inicio del trámite de la conciliación, el cual se entenderá a partir de la fecha de la primera citación a las Partes que haga el centro de conciliación, las Partes no llegan a un</p>

**ESTUDIOS PREVIOS
1205-FAAC**



CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 16 de 21
-----------------------------	--	--	-------------------	------------------------

	acuerdo para resolver sus diferencias, deben acudir a la <u>jurisdicción contencioso administrativa</u> .
Notificaciones	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del Contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregados personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones respectivas establecidas en el SECOP II.
Supervisión	La Supervisión del presente contrato estará a cargo de PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD de la entidad CONTRATANTE, quién deberá controlar su ejecución y cumplimiento, conforme los deberes y obligaciones impuestos en virtud de la ley 1474 de 2011 (estatuto anticorrupción). Adicionalmente a esta, informarán al CONTRATISTA sobre las actividades a desarrollar de acuerdo con el objeto contratado. Hacer recomendaciones y sugerencias que puedan surgir en la ejecución del mismo y en general ser intermediario entre el CONTRATANTE y el CONTRATISTA. PARÁGRAFO: La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contratista a favor del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, deberá presentar informes mensuales que contengan la descripción de las actividades efectivamente ejecutadas
Reclamos	Los reclamos que las partes contratantes consideren pertinentes a deberán presentarse por escrito, recibida la reclamación, la parte requerida deberá pronunciarse dentro de los dos (2) días siguientes al recibo de la misma, y si guarda silencio se entenderá que la reclamación fue aceptada o aprobada.
Legislación:	El presente contrato se regirá por las normas y principios del derecho privado contenidos en el código civil y en el código de comercio y las cláusulas excepcionales contenidas en la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.
Auditoria:	La ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA queda expresamente facultada por EL CONTRATISTA para que en horas hábiles de oficina realice auditorías en el momento que lo considere necesario al CONTRATISTA con el fin de examinar los papeles y documentos que soportan estos pagos, con el fin de garantizar el pago de los salarios, prestaciones sociales, así como de las cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social (AFP) (ARL)

**ESTUDIOS PREVIOS
1205-FAAC**



**Federico
Lleras Acosta**
EL HOSPITAL DE TODOS

CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 17 de 21
-----------------------------	--	--	-------------------	------------------------

	<p>(EPS). Así mismo, cada mes debe entregar a la supervisora del contrato, las autoliquidaciones a la seguridad social. PARÁGRAFO: Convienen las partes que la omisión total o parcial, la mora o las repetidas inconsistencias en los pagos a la seguridad social, dará lugar a la terminación del presente contrato, sin que exista derecho a ningún pago indemnizatorio del HOSPITAL al contratista.</p>
<p>Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT</p>	<p>1) EL CONTRATISTA, certifica al CONTRATANTE que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. 2) EL CONTRATISTA, se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes, proveedores, empleados, etc., y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, provengan, de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo. 3) En todo caso, si durante el plazo de vigencia del contrato, EL CONTRATISTA, algunos de sus administradores, socios o administradores llegaren a ser (I) vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo. (II) Incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o (III) Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos ; o IV) llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados.</p>

**ESTUDIOS PREVIOS
1205-FAAC**



CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 18 de 21
-----------------------------	--	--	-------------------	-------------------------------

	<p>con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos, EL CONTRATANTE tiene el derecho de terminar unilateralmente el contrato sin que por este hecho esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a EL CONTRATISTA. 4) De la misma forma, EL CONTRATISTA, declara que los recursos que incorpora para el desarrollo del Objeto contractual, proceden de actividades completamente lícitas. 5) EL CONTRATISTA, se obliga expresamente a entregar a EL CONTRATANTE, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que EL CONTRATANTE requiera. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en la presente cláusula, EL CONTRATANTE tendrá la facultad de dar por terminada la relación jurídica surgida. 6) EL CONTRATISTA, manifiesta que conforme a lo anterior autoriza al Contratante la consulta y verificación en cualquier base de datos, listas restrictivas y públicas.</p>						
Gastos:	Los gastos que ocasione la legalización del contrato en caso de adjudicación del contrato a cargo del Contratista.						
Publicación:	Conforme lo estatuido en el Decreto 019 de 2012, la contratación de la E.S.E., deberá ser publicada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública-SECOP II - que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente.						
Domicilio Contractual	Las partes acuerdan como domicilio contractual para todos los efectos legales la ciudad de Ibagué						
Estampillas	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ESTAMPILLA</th> <th>USO</th> <th>TARIFA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PROCURTURA</td> <td>TODOS LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, ENCARGOS FIDUCIARIOS Y FIDUCIA PUBLICA Y SUS MODIFICACIONES, QUE SE SUSCRIBAN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON PERSONAS NATURALES O JURIDICA DE DERECHO PRIVADO</td> <td>1 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA</td> </tr> </tbody> </table>	ESTAMPILLA	USO	TARIFA	PROCURTURA	TODOS LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, ENCARGOS FIDUCIARIOS Y FIDUCIA PUBLICA Y SUS MODIFICACIONES, QUE SE SUSCRIBAN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON PERSONAS NATURALES O JURIDICA DE DERECHO PRIVADO	1 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA
ESTAMPILLA	USO	TARIFA					
PROCURTURA	TODOS LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS, ENCARGOS FIDUCIARIOS Y FIDUCIA PUBLICA Y SUS MODIFICACIONES, QUE SE SUSCRIBAN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON PERSONAS NATURALES O JURIDICA DE DERECHO PRIVADO	1 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA					

[Handwritten signature]

ESTUDIOS PREVIOS 1205-FAAC				 Federico Lieras Acosta <small>HOSPITAL DE TODOS</small>
CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	

	PROHOSPITAL	TODOS LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS QUE SE SUSCRIBAN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON PERSONAS NATURALES O JURIDICA DE DERECHO PRIVADO	1 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA
	PROELECTRIFICADORA	TODOS LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONCESION SUS MODIFICACIONES QUE SE SUSCRIBAN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON PERSONAS NATURALES O JURIDICA DE DERECHO PRIVADO	0,5 % DEL VALOR DEL CONTRATO ANTES DE IVA
<p>De acuerdo a liquidación realizada por la Oficina Asesora de Jurídica, el contratista presentara ante la Dirección de Rentas e Ingresos del Tolima (centro de atención al Contribuyente – piso quinto de la Gobernación del Tolima), fotocopia del contrato y la liquidación realizada por la Oficina Asesora de Jurídica del Hospital Federico Lieras Acosta ESE de Ibagué Tolima, quienes le realizan la respectiva revisión y le hace entrega de los volantes por cada una de las consignaciones, las cuales debe llevar al Banco que le sea asignado y realizar las respectivas consignaciones. Luego lleva las consignaciones a la Dirección de Rentas e Ingresos donde la Profesional generará las estampillas, para que este a su vez las presente al Hospital Federico Lieras Acosta y se adhiera al presente contrato (conforme a lo establecido en la ordenanza N° 0014 del 29 de Diciembre de 2017 emanado de la Asamblea Departamental del Tolima).</p>			
LOS ACTOS O DOCUMENTOS CUYO PRODUCTO DE LA TARIFA ARROJE CIFRA FRACCIONADA, SERA ASIMILADA AL MULTIPLO DE 1.000 MAS CERCANO			



**ESTUDIOS PREVIOS
1205-FAAC**



CÓDIGO: GA-FR-045	Fecha de elaboración: 18-01-2016	Fecha de actualización: 12/12/2022	Versión: 8	Página 20 de 21
-----------------------------	--	--	-------------------	------------------------

Requisitos para el cumplimiento del objeto contractual.	DOCUMENTOS REQUERIDOS PERSONA NATURAL - ADMINISTRATIVO		
	N°	DOCUMENTOS	
	ETAPA PRECONTRACTUAL	3	PROPUESTA
		4	HOJA DE VIDA ACTUALIZADA EN EL SIGEP
		5	CERTIFICADOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA
		6	TARJETA PROFESIONAL (SI APLICA)
		7	LIBRETA MILITAR Y/O SITUACION MILITAR DEFINIDA
		8	DOS (2) FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%
		9	RUT ACTUALIZADO
		10	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONTRALORIA - MAX 30 DIAS
		11	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA-MAX 30 DIAS
		12	ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA-MAX 30 DIAS
		13	DOS (2) PLANILLA DEL ULTIMO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL
		14	DOS (2) CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS
		15	DOS (2) CERTIFICADO AFILIACION A FONDO DE PENSION
		16	DOS (2) CERTIFICADO DE AFILIACION A ARL
		17	CERTIFICADO CUENTA BANCARIA
		18	CERTIFICADO VACUNA TETANO
		19	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
		20	FORMATO DE BIENES Y RENTAS
		21	FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTES (VoBo PLANEACION)
		22	FORMATO INEXISTENCIA DE PERSONAL
		23	CERTIFICADO DE IDONEIDAD
		24	AUTORIZACION VERIFICACION TITULOS SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC-CONSULTAR EN https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx
		25	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD
		26	ACEPTACION DE MANEJO EN BASE DE DATOS
		27	

Responsable,

OFELIA VARGAS ROMERO
Profesional Especializado área salud
Hospital Federico Lleras Acosta

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta

	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: GF-FR-066
	FORMATO SOLICITUD CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	Versión: 03
		Vigente desde: 30/06/2023
		Página: 1 de 1

Fecha: Ibagué, **31** ENE 2025

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Rubro Presupuestal: 2.1.2.02.02.008.8.3.9.9.0.01

Nombre Rubro Presupuestal: OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P.

Valor: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$8.400.000) MCTE

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

Prestar los servicios de apoyo a la gestión del área de facturación en las actividades de generación, revisión, ajustes y validación de los Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS en las mallas validadoras de las diferentes EAPB y las definidas por el ministerio de Salud de forma oportuna, garantizando el flujo de recursos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E, se solicita contrato por un plazo de Tres (03) meses contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

OFELIA VARGAS ROMERO
 Profesional Especializado área salud
 Autorización Ordenador del Gasto:

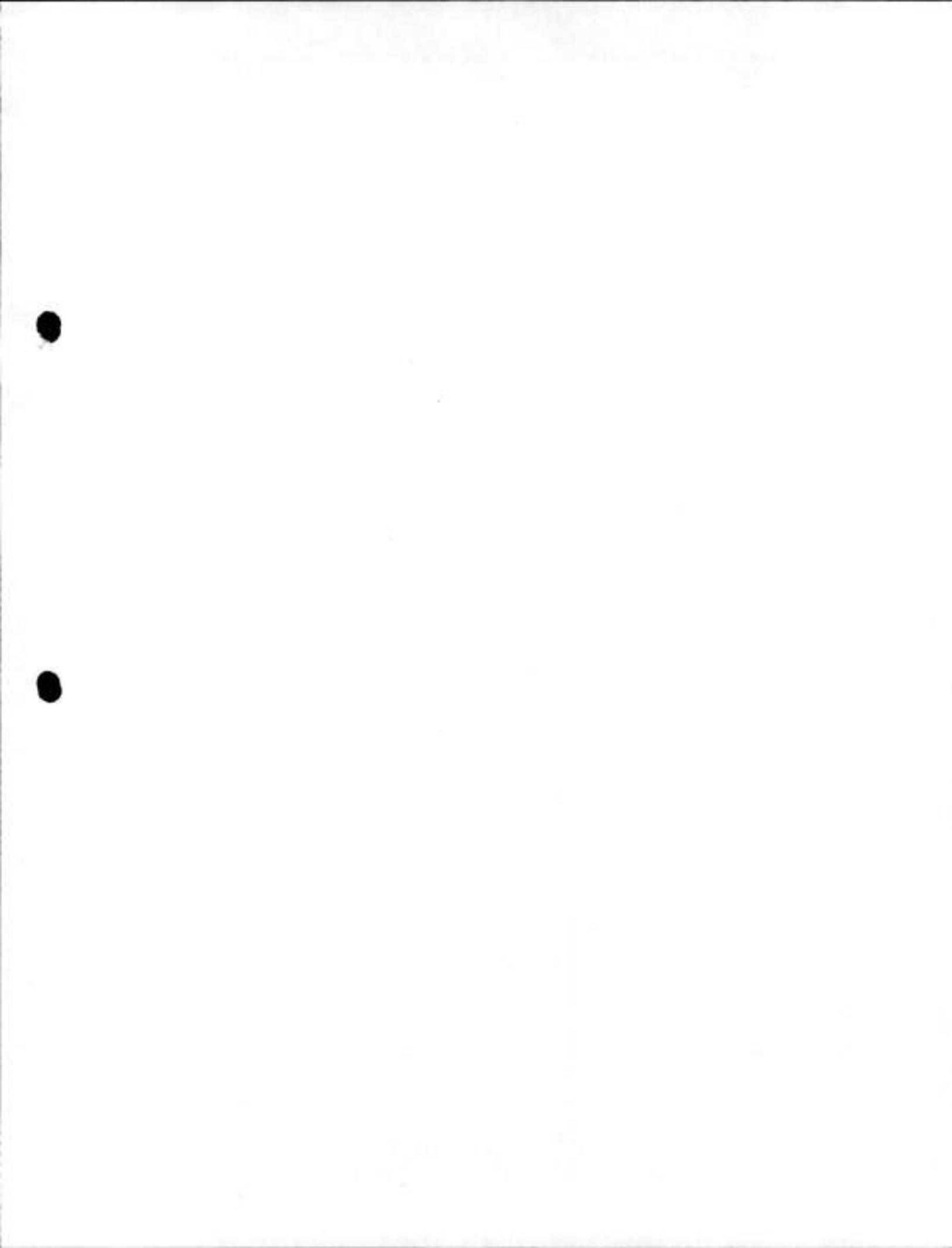
MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
 Gerente
 Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día _____ Mes _____ Año _____ Hora: _____ AM _____ PM _____

Diligenció	
Nombre: Luisa B.	Firma:
Fecha:	





Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
5013302	2024-0358	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAQUE TOLIMA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Entidad Estatal	1/05/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	31/05/2024 11:59:00 AM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	aaron gilberto valencia portilla	7.732.500 COP	Cerrado	Detalle
5422829	2024-0525	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAQUE TOLIMA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Entidad Estatal	19/09/2024 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	15 días para terminar (19/09/2024 11:59:00 AM UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	aaron gilberto valencia portilla	10.310.000 COP	En ejecución	Detalle

Ibagué, 28 de enero de 2025

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

Referencia: Propuesta Prestación de Servicios

Respetada Doctor: Palacios

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

La presente propuesta se realiza con el objeto de: **PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DEL AREA DE FACTURACION EN LAS ACTIVIDADES DE GENERACION, REVISION, AJUSTE Y VALIDACION DE LOS REGISTROS DE INDIVIDUAL DE LA PRESTACION DE SERVICION DE SALUD - RIPS EN LAS MALLAS VALIDADORA DE LAS DIFERENTES EAPB Y LAS DEFINIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD DE FORMA OPORTUNA, GARANTIZANDO EL FLUJO DE RECURSOSO DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE-TOLIMA E.S.E**

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

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

Manifiesto bajo la gravedad del juramento lo siguiente:

1. Que cuento con la capacidad suficiente para ejecutar el objeto y las especificaciones de la presente propuesta.
2. Que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para licitar o contratar consagradas en las disposiciones contenidas en la Constitución Política, en el artículos 8° de la Ley 80 de 1993 y el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y demás disposiciones legales vigentes sobre la materia. (En caso de tratarse de un

consorcio o unión temporal deberá manifestarse que ninguno de sus integrantes se encuentra en dicha situación).

3. Que no tengo parientes en la planta interna y/o externa en los cargos directivo, ejecutivo y/o asesor de la E.S.E.
4. Que la información dada en los documentos y anexos incluidos en esta propuesta me comprometen y garantizan la veracidad de las informaciones y datos de la propuesta.
5. Que el régimen tributario al cual pertenezco es régimen Simplificado
6. Que esta propuesta compromete al firmante de esta carta.
7. Que ninguna entidad o persona distinta del firmante tiene interés comercial en esta propuesta, ni en el contrato probable que de ella se derive.
8. Que me comprometo a ejecutar el contrato por el término establecido a partir del cumplimiento del último de los requisitos de ejecución.
9. Que el valor total de la propuesta es la suma de OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS y duración de TRES (03) MESES. **CONTADOS A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**
10. Que no estoy reportados en el Boletín de Responsables Fiscales, expedido por la Contraloría General de la República.

Además, manifiesto:

11. Una vez suscrito el contrato, me comprometo a realizar todos los trámites necesarios para la legalización del mismo, dentro del plazo fijado por la E.S.E.
12. Los documentos relacionados en la lista de chequeo podrán verificarse en el expediente 2024-0525

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

Cordialmente,

AARON GILBERTO VALENCIA
CC. 5823987

Ibagué, 20 de Enero del 2025

Señor
AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA
E. S. M.

Respetado Señor VALENCIA

En mi calidad de Gerente del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima E.S.E. me permito informarle que se recibió la propuesta para la contratación con el fin de desarrollar el siguiente objeto: Prestar los servicios de apoyo a la gestión del área de facturación en las actividades de generación, revisión, ajustes y validación de los Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS en las mallas validadoras de las diferentes EAPB y las definidas por el ministerio de Salud de forma oportuna, garantizando el flujo de recursos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E

La cual fue analizada por el responsable del área que tiene la necesidad de la prestación del servicio y quien elaboró el análisis de conveniencia, y se determinó la aceptación de su propuesta para realizar la contratación.

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

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

Cordialmente,


MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE
Gerente

Vo. Bo. Jurídica	Calle 33 No.4A - 50 Tel.2739805 Web Site: www.hflleracosta.gov.co Gerencia	Proyector/ Luisa Bocanegra
---------------------	--	-------------------------------



**Federico
Lleras Acosta**
EL HOSPITAL DE TODOS

Vo. Bo. Juridica	Calle 33 No.4A - 50 Tel.2739805 Web Site: www.hfleras.gov.co Gerencia	Proyecto/ Luisa Bocanegra
---------------------	--	------------------------------



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 130 de 1996, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VALENCIA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PORTILLA		NOMBRES AARÓN GILBERTO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>5823967</u>			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO <u>5823967</u>		D.M. <u>38</u>	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA <u>30</u> MES <u>05</u> AÑO <u>1980</u>			MZA J CASA 9 PEDREGAL		
PAÍS <u>COLOMBIA</u>			PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>TOLIMA</u>		
DEPTO <u>TOLIMA</u>			MUNICIPIO <u>IBAGUÉ</u>		
MUNICIPIO <u>IBAGUÉ</u>			TELÉFONO _____ EMAIL <u>aaron_valencia@hotmail.com</u>		

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO	11	1996	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TG (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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	7		X	TECNICA PROFESIONAL EN SISTEMAS Y COMPUTACION			

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUE				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6082739805		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	19	Mea	09	Año	2024	Día	31	Mea	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA AREA DE RADICACION				DIRECCIÓN CALLE 33 4A 50							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUE				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6082739895		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	01	Mea	06	Año	2024	Día	31	Mea	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 4691 CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA DE RADICACION				DIRECCIÓN AVENIDA 8 24 1							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUE				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6082739805		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	01	Mea	06	Año	2024	Día	31	Mea	08	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA AREA DE RADICACION				DIRECCIÓN CALLE 33 4A 50							

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 488 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6082739805		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	15	Mes	03	Año	2024	Día	14	Mes	05	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA AREA DE RADICACION					DIRECCIÓN CALLE 33 4A 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6082739805		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	17	Mes	11	Año	2023	Día	17	Mes	02	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA AREA DE RADICACION					DIRECCIÓN CALLE 33 4A 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6082739805		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	17	Mes	03	Año	2023	Día	31	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA AREA DE RADICACION					DIRECCIÓN CALLE 33 4A 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6082739805		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	08	Mes	08	Año	2022	Día	07	Mes	02	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA AREA RADICACION					DIRECCIÓN CALLE 33 4A 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6082739805		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	20	Mes	01	Año	2022	Día	19	Mes	07	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA AREA DE RADICACION					DIRECCIÓN CALLE 33 4A 50						

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGÜE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6082739805			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día		29	Mes	01	Año	2021		Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA AREA RADICACION					DIRECCIÓN CALLE 33 4A 50 BARRIO LA FRANCA								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGÜE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6082739805			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día		03	Mes	07	Año	2020		Día	02	Mes	01	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA AREA RADICACION					DIRECCIÓN CALLE 33 4A 50 BARRIO LA FRANCA								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGÜE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6082739805			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día		28	Mes	01	Año	2019		Día	27	Mes	01	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA AREA DE RADICACION					DIRECCIÓN CALLE 33 4A null 50 BARRIO LA FRANCA								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGÜE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 2540888			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día		01	Mes	05	Año	2012		Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA RADICACION					DIRECCIÓN CALLE 33N * 4* -50								
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																
EMPRESA O ENTIDAD GENESIS EMPRESARIAL LTDA - (HFLA ESE DE IBAGUE)				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA								
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGÜE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 6082618950			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO								
			Día		01	Mes	03	Año	2012		Día	30	Mes	04	Año	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143 AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA AREA DE RADICACION					DIRECCIÓN CARRERA 3 8 39 Oficina U 4								

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 180 de 1990, 489 y 442 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD GMO ASESORIA Y SERVICIOS EN SALUD LTDA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGUÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6082770187			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	05	Año	2010	Día	29	Mes	02	Año	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143 AUXILIAR ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA AREA RADICACION					DIRECCIÓN CARRERA 4C 41 73 BARRIO LA MACARENA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD PROYECTO ANESTECOOP CAPRECOM				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGUÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 601250961			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2008	Día	30	Mes	04	Año	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL SOPORTE TÉCNICO SISTEMAS			DEPENDENCIA AREA DE SISTEMAS Y FACTURACION					DIRECCIÓN TRANSVERSAL 120 74 #118 OFICINA 202 VALLEDUPAR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SALUD SOLIDARIA- MANUEL ELKIN PATARROYO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGUÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6082648100			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	09	Año	2007	Día	21	Mes	10	Año	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL SOPORTE TÉCNICO SISTEMAS			DEPENDENCIA AREA SISTEMAS Y SOPORTE					DIRECCIÓN CARRERA 17A 122 97 OFICINA 201						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

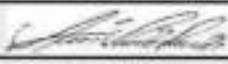
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 IBAGUÉ 20 DE ENERO 2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

2. Concepto <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 Actualización	4. Número de formulario 141133364211
	

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

IDENTIFICACIÓN			
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida	25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	26. Número de identificación 5 8 2 3 9 6 7	
27. País COLOMBIA		28. Departamento Tolima	29. Ciudad/Municipio Ibagué
31. Primer apellido VALENCIA	32. Segundo apellido PORTILLA	33. Primer nombre AARON	34. Otros nombres GILBERTO
35. Razón social			
36. Nombre comercial			37. Sigla

UBICACIÓN			
38. País COLOMBIA	39. Departamento Tolima	40. Ciudad/Municipio Ibagué	
41. Dirección principal MZ J CA 9 BRR PEDREGAL			
42. Correo electrónico aaron_valencia@hotmail.com			
43. Código postal 0 5 7		44. Teléfono 1 6 0 8 2 7 6 1 9 1 5	
		45. Teléfono 2 3 1 3 2 8 2 6 7 8 4	

Actividad económica				Ocupación		32. Número establecimientos	
46. Código 6 2 0 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 0 6 0 2 0 4		48. Código 8 2 9 9		49. Fecha inicio actividad 2 0 0 8 0 2 0 4	
50. Código 9 5 1 1 8 1 2 0		51. Código 7 4 2 2					

Responsabilidades, Calidades y Atributos																									
53. Código 5 4 9																									
54 - Impo. renta y compl. régimen ordinario																									
49 - No responsable de IVA																									

Usuarios aduaneros	Exportadores																																
54. Código <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table> 56. Tipo <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table> 57. Medio <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table> 58. CPC <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																								
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															
1	2	3																															

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. Anexo: SI NO 60. No. de Folios:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

604 Nombre: VALENCIA PORTILLA AARON GILBERTO
605 Cargo: CONTRIBUYENTE

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141133364211



141517707212489984080201 0000141133364211

5. Número de identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional Impuestos y Admisión de Registros 14. Buzón electrónico

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza 63. Formas asociativas 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y desuorganizados
 65. Fondos 66. Cooperativas 67. Sociedades y organismos extrajurídicos
 68. Sin personería jurídica 69. Otras organizaciones no clasificadas 70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Retirama

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Retirama	Composición del Capital	
71. Clase	09		80. Nacional	_____ %
72. Número	_____	_____	83. Nacional público	_____ %
73. Fecha	_____	_____	84. Nacional privado	_____ %
74. Número de notaría	_____	_____	85. Extranjero	_____ %
75. Entidad de registro	03	_____	86. Extranjero público	_____ %
76. Fecha de registro	20060214	_____	87. Extranjero privado	_____ %
77. No. Matricule mercantil	0000170643	_____		
78. Departamento	73	_____		
79. Ciudad/Municipio	16	_____		
Vigencia				
80. Desde	_____	_____		
81. Hasta	_____	_____		

Entidad de vigilancia y control

86. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

83. Vinculación económica 84. Nombre del grupo económico y/o empresarial 85. Número de identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Contratante 96. DV
 87. Nombre o razón social de la matriz o contratante
 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior 171. País 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP
 173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960

1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970

1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980

1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990

1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000

2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010

2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141133364211



14151707212489984;8020|0000141133364211

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 8 2 3 9 6 7 7

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos y Afiliados de Ibagué

14. Buzón electrónico

9

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Mantenimiento y reparación de computadoras y de equipo periférico 9 5 1 1
162. Nombre del establecimiento AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA	
163. Departamento Tolima 7 3	164. Ciudad/Municipio Ibagué 0 0 1
165. Dirección MZ J CA 9 BRR PEDREGAL	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 1 7 0 6 4 4	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 6, 0 2, 1 4
168. Teléfono 6 0 8 2 7 7 8 1 3 7	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre





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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 20 de enero de 2025, a las 11:54:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	5823967
Código de Verificación	5823967250120115455

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB





CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 262170105



PIB

12:01:04

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de enero del 2025

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) AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 5823967:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

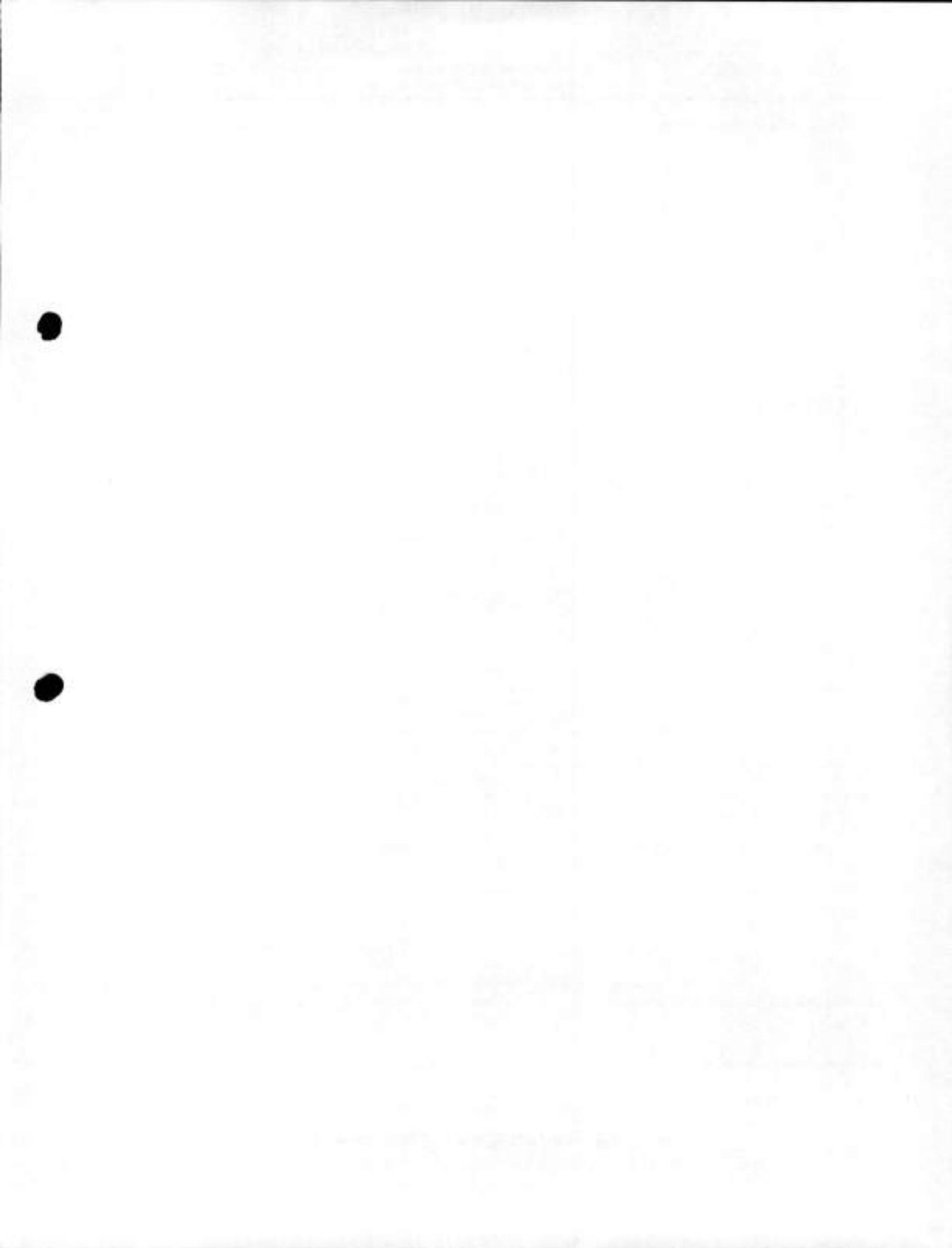
ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentran vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro.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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relaciónamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN:

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(5), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.





POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:02:02 PM horas del 20/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **5823967**

Apellidos y Nombres: **VALENCIA PORTILLA AARON GILBERTO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
- 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5150700 ext. 30652 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijn.arac
atc@policia.gov.co



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



Se certifica que la empresa , identificada con CG-5823967 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión: 2024-12	230201	805225739	PROTECCION	1	0	208.000	0	208.000
Periodo salud: 2024-12	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	0	162.500	0	162.500
Planilla Nro.: 31729405 Tipo I	14-11	890903790	ARL SURA	1	0	31.700	0	31.700
Clase de aportante: I	CCF48	800211025	COMFATOLIMA	1	0	26.000	0	26.000
Fecha transacción: 2024-12-19	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco: 1007	PAICBF	899999238	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción: 1138438450	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
	PAMED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL								\$ 428.200

PAIDADO

1954



1954
1954
1954
1954
1954

BYGOS



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA identificado(a) con CC 5823967 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1º COTIZANTE.

Fecha de Activación de	10/09/2010
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UNION TEMPORAL VIVA IBAGUE- PGP EXCLUSIVA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 12 días del mes de Diciembre del año 2024.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VALENCIA PORTILLA AARON GILBERTO** identificado(a) con **CC** número **5.823.967** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de abril de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de diciembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali 510 90 99

Barranquilla: 319 79 99 - Cartagena: 642 49 99 - Nacional 01 8000 52 8000

www.proteccion.com

2024121219180



Medellin, 12 de diciembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA con documento de identidad C5823967, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de ESE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE con NIT N860786833.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación							
Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Caso de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-09-19	2025-01-19	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400
- Manizales 606 881280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424838
- Barranquilla 605 3197938

Líneas de atención 01 8000 511 414 ó 01 8000 841 414
segurossura.com.co arlsura.com

10/10/10

10/10/10

10/10/10



10/10/10

10/10/10

10/10/10

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 1002733397 , con fecha de apertura 21 de Septiembre de 2011 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA
Identificado(a) con tipo de documento C No. 5.823.967

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Enero de 2025. ✓

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

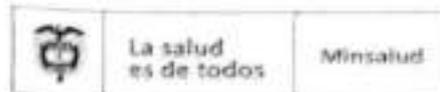
 Scotiabank  COLPATRIA



Grupo	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	PS recubridor	Nombre recubridor	Código del recubridor
Td		202 25	Deion	2391031	Jordan	LERNARD	


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co




MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: **AAZON**

Apellidos: **VALNCIA**

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro Cual:

No. **5823967**

Fecha de nacimiento: Día **30** Mes **05** Año **1980**

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombre y apellidos / Full name

AARON OLBERTO VALENCIA PORTILLA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

562967

Fecha nacimiento / Date of birth

30-05-1990

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (teléfono) / Phone number

Córeo electrónico / e-mail



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

Lote / Vaccine Batch

ET6742

ET6824

Vacuna / Vaccine

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

Centro vacunador / Administering Center

CHRISTUS
ENERGIA

CHRISTUS
ENERGIA

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

18-04-2021

12-05-2021

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

Identificador / Digital Stamp

056CJHNT5EOM507AOU
H28PVA7Y5LJ2N6UJ2K9EH
FFLAD48WCKQ

208TAQUPHELECYEN4RY
MCPW9KLABX7LACOUTX
Z706J7J28

Fecha de emisión del documento / Document issued

05-11-2021

05-11-2021

Linea de ayuda / Help line - 192 - soporteivaccina@minisocial.gov.co



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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

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

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWES according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

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

View certificate in MiVacuna



 Biocenter Empresarial	BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL	CÓDIGO: RG-CALI-1
	Resolución Secretaria de Salud del Tolima No. 001107 del 10 de Mayo del 2021 Cod Prestador: 730010214601	Versión: 01
		Vigente desde: Noviembre 2016
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL INGRESO		Página 1 de 1 Fecha:

2024-09-24

SIIPS Web 5.0.0

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULARES
 Cargo: ANALISTA DE CHEQUEOS Ciudad: IBAGUE

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: VALENCIA PORTILLA AARON GILBERTO
 Documento Identidad: CC 5823967
 Fecha de Nacimiento: 1981-05-30
 Sexo: M
 Estado Civil: Casado
 ARL:
 Fecha de Nacimiento: 1981-05-30
 Dirección: MZ J CASA 9 B PEDREGAL
 Teléfono: 3132826784

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:	Si		
VISIOMETRIA:	No	ESPIROMETRIA:	Si
AUDIOMETRIA:	No	LABORATORIOS:	No
OPTOMETRIA:	No	OTROS EXAMENES:	No

CALIFICACION DE APTITUD

CONCEPTO MEDICO:

Apto con alteración de salud que no limita su labor

Observaciones: CONTROL DE PESO CON NUTRICIONISTA

RECOMENDACIONES:

- * Capacitación en ejecución segura de sus tareas
- * Hábitos de estilo de vida saludable
- * Autocuidado
- * Ergonomía (higiene postural)
- * Pausas activas
- * Uso de EPP (Elementos de Protección Personal)
- * Dieta
- * Control de PyP (Promoción y Prevención por su EPS)

Recomendación: LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, CUIDADO Y PROTECCION AMBIENTAL Y RESPIRATORIO, ASI COMO CONTRA LAS ENFERMEDADES ENDEMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE. CONTROL DE PESO CON NUTRICIONISTA

DECLARACION DEL TRABAJADOR: He sido informado sobre la legislación vigente en relación con el resguardo y confidencialidad de las Evaluaciones Médicas Ocupacionales, específicamente la RESOLUCION 2346 de 2007, en su artículo 8ro: personal responsable de realizar las evaluaciones médicas ocupacionales. Además de la RESOLUCION 1919 de 2009 Artículo 17: Custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales. Certifico que las respuestas dadas por mí en este examen son verdicas y completas y autorizo a Empresa BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL S.A.S. a realizar el Examen Médico Ocupacional y exámenes complementarios. Autorizo también suministrar a la empresa PARTICULARES la información requerida para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo quien ejercerá vigilancia y control sobre lo mismo, bajo los más estrictos parámetros de confidencialidad y reserva.



MARROQUIN ZAMORA JOSE EMERSON
 Licencia: 73-1591/2006, Lic en S.O 2935/2013 SGT
 MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

VALENCIA PORTILLA AARON GILBERTO
 CC 5823967

Carrera 5ta No.37-24
 Telefonos 2652249 - 3176577620
 mail: biocentersaludocupacional@gmail.com



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
AARON	GILBERTO	VALENCIA	PORTILLA

Documento de identificación
 Tipo Número

Lugar de nacimiento
 País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
 País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
 País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$45.744.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$45.744.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO LIBRE INVERSION	\$7.000.000,00
CREDITO LIBRE INVERSION	\$25.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País
PROTECCIÓN SALUD VITAL	ASOCIACIÓN	ACCIONISTA	COLOMBIA

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

Detalle de las actividades	Forma participación
ACCIONISTA	SOCIO

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SANDRA	CAROLINA	GUIZA	BELTRAN

Tipo documento Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí No

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

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

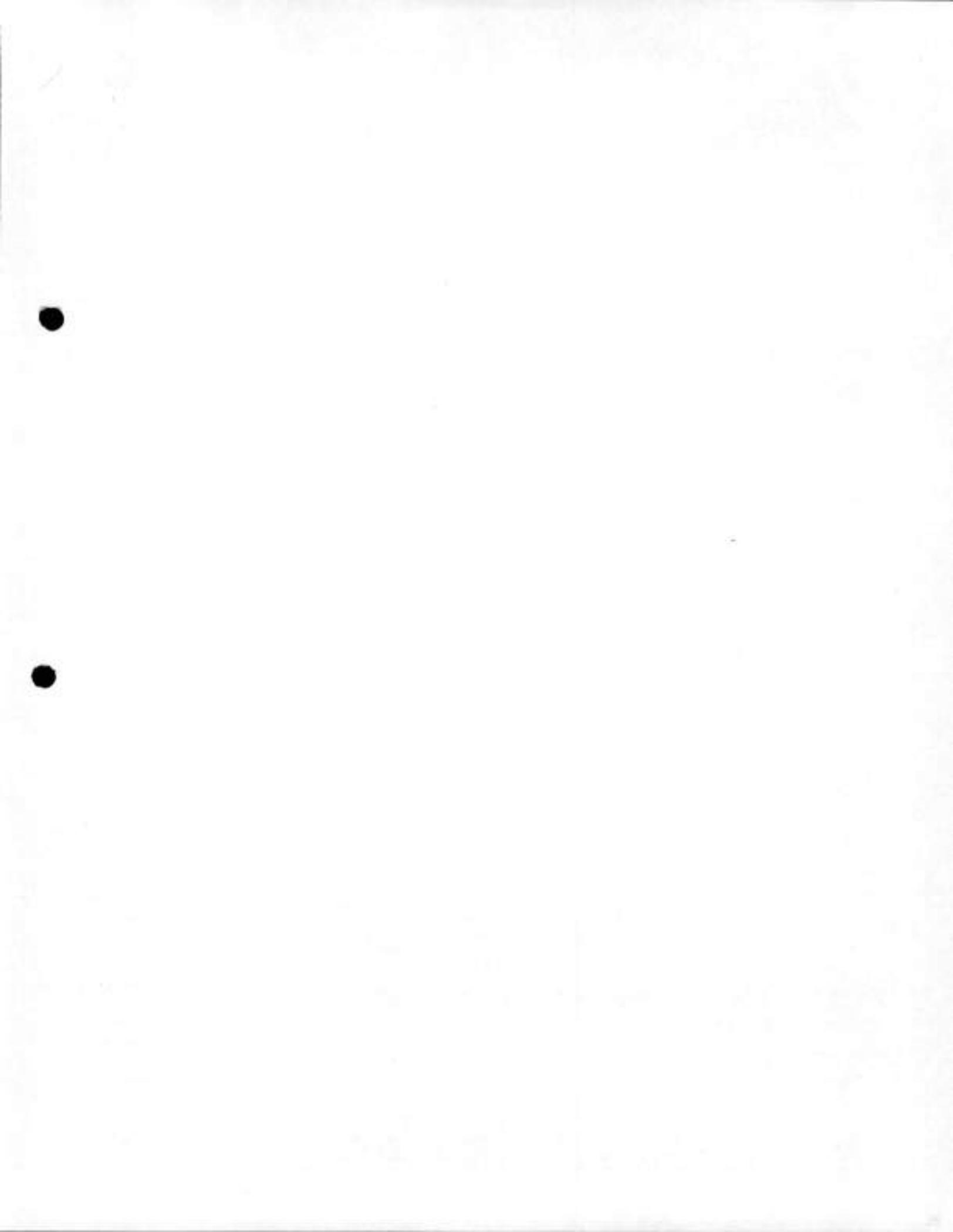
Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



Facbrucam.
Ops

	GESTION ADMINISTRATIVA	CODIGO: GA-FR-099
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL	VERSIÓN: 3
		VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGINA 1 DE 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA 02	MES 01	AÑO 2025	CIUDAD: IBAGUE-TOLIMA
---------------------------	-----------	-----------	-------------	--------------------------

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

1. INFORMACION GENERAL

PRIMER APELLIDO VALENCIA	SEGUNDO APELLIDO PORTILLA	NOMBRES AARON GILBERTO
------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

TIPO DE IDENTIFICACION (CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de Extrajero, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjería, RC: Registro Civil)	SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> No. 5823967	

FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DIA MES AÑO 14 12 1998	IBAGUE-TOLIMA	DIA MES AÑO 30 05 1980	IBAGUE-TOLIMA

NACIONALIDAD 1 COLOMBIANA	NACIONALIDAD 2	OCCUPACIÓN / OFICIO CONTRATISTA	PROFESIÓN
------------------------------	----------------	------------------------------------	-----------

DIRECCIÓN RESIDENCIA MZA B4 CASA 4 CALAVERAL 2 ETAPA	DEPARTAMENTO TOLIMA	CIUDAD IBAGUE
CORREO ELECTRONICO aaron_valencia@hotmail.com	TELEFONO FIJO 2778137	CELULAR 3216415246

POR SU CARGO O ACTIVIDAD	EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____

EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿Cuál? _____

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> ENVÍO Y/O RECEPCIÓN DE DINERO <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> _____

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

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

4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

Handwritten signature and date:
Polo
21/01/2025
3:30pm



	GESTION ADMINISTRATIVA	CODIGO: GA-FR-099
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL	VERSIÓN: 3 VIGENTE DESDE: 31-07-2024 PÁGINA 2 DE 2

- 5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**
- Copia del documento de identidad
 - Copia de la declaración juramentada de bienes y rentas del último año

6. FIRMA Y HUELLA

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

[Handwritten Signature]
 J. 82396113ACQÉ
 FIRMA Y CEDULA



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

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA
	22	01	2025	08:14 am

LISTAS CONSULTADAS	REPORTA RESTRICCIÓN
1. OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL (OFAC) Oficina de control de activos	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
3. LISTA LINEA INTERPOL	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
4. OTRAS OBSERVACIONES:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
<p><i>No reporta restricciones en las listas consultadas del SAREFT/PADM.</i></p>	

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	FIRMA	CARGO
<i>Carlos E. Hernandez R</i>	<i>[Signature]</i>	<i>Profesional Universitario</i>

Revisado por: Camilo Trujillo
 Aux. Administrativo
 Subgerencia Administrativa y Financiera



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

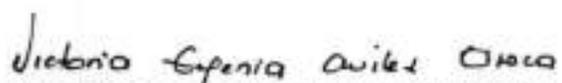
En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993, inciso 2 del artículo 1 del decreto 2209 de 1998, del literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la ley 1150 de 2007, manual de contratación y atendiendo las disposiciones legales sobre la materia.

CERTIFICA:

Que revisada la planta de personal permanente y temporal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E., se determinó que no existe personal de planta suficiente ni con la especialización necesaria para **PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DEL ÁREA DE FACTURACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE GENERACIÓN, REVISIÓN, AJUSTES Y VALIDACIÓN DE LOS REGISTRO DE INDIVIDUAL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD – RIPS EN LAS MALLAS VALIDADORAS DE LAS DIFERENTES EAPB Y LAS DEFINIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD DE FORMA OPORTUNA, GARANTIZANDO EL FLUJO DE RECURSOS DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ – TOLIMA E.S.E**

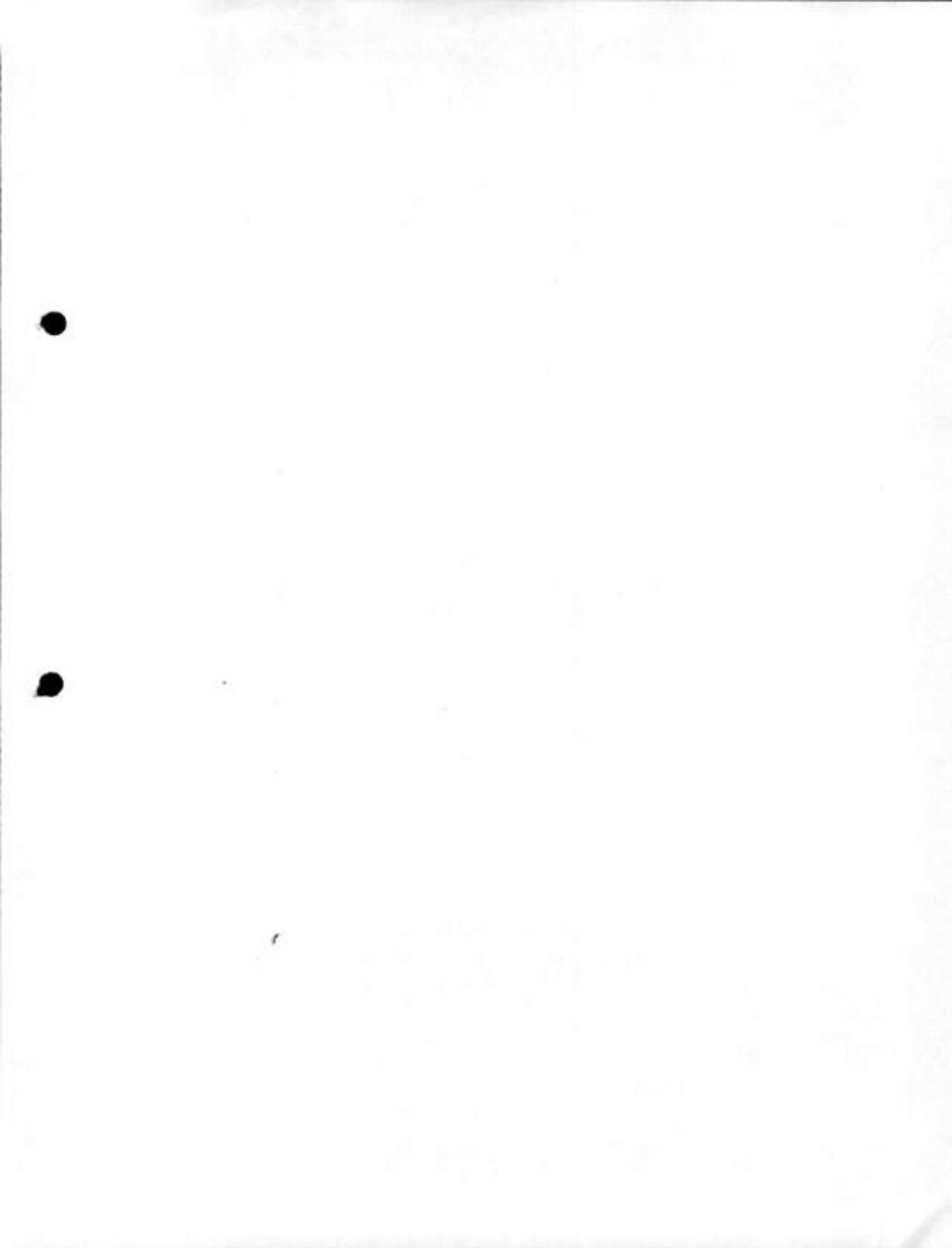
La presente certificación se expide para que obre como soporte en el expediente contractual que reposa en la oficina asesora jurídica.

Dado en Ibagué, 20 de Enero del 2025.



VICTORIA EUGENIA AVILEZ AROCA

Profesional Especializada Gestión del Talento Humano



EL SUSCRITO OFELIA VARGAS ROMERO DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ - TOLIMA E.S.E.

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

CERTIFICA QUE

Con el fin de contar con una persona jurídica o natural que preste el servicio de **Apoyo a la gestión del área de facturación en las actividades de generación, revisión, ajustes y validación de los Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud - RIPS en las mallas validadoras de las diferentes EAPB y las definidas por el ministerio de Salud**, por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa, se procede a realizar el análisis de la experiencia e idoneidad para la celebración del presente contrato o convenio con la **AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA** identificada con CC. 5823967.

De conformidad con la oferta de servicios, hoja de vida, certificaciones, y antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales radicados oportunamente y como resultado del análisis y valoración que de los mismos se realizó, **AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA** se encuentra apto para desarrollar la prestación de servicios de apoyo a la gestión del área de facturación en las actividades de generación, revisión, ajustes y validación de los Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud - RIPS en las mallas validadoras de las diferentes EAPB y las definidas por el ministerio de Salud de forma oportuna, garantizando el flujo de recursos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué - Tolima E.S.E por sus condiciones de

NOMBRE PERSONA A CONTRATAR	AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA		
TITULO PROFESIONAL	Tecnico sistemas		
FECHA DE GRADO O TERMINACIÓN DE MATERIAS	no aplica	No. TARJETA PROFESION	no aplica
		FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA TARJETA PROFESION	no aplica
POSTGRADO	ESPECIALIDAD - Título fecha		
	SUB-ESPECIALIDAD - Título fecha		
PERFIL A CONTRATAR CON LA ENTIDAD	Apoyo a la gestión del área de facturación en las actividades de generación, revisión, ajustes y validación de los Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud - RIPS en las mallas validadoras de las diferentes EAPB y las definidas por el ministerio de Salud		
EXPERIENCIA ACREDITADA			
EMPRESA O ENTIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	TIEMPO LABORADO O EJECUTADO
SALUD SOLIDARIA - MANUEL ELKIN PATARROYO	10/09/2007	21/10/2009	24 mes(es) y 11 día(s)
PROYECTO ANESTESCOOP CAPRECOM	1/11/2009	30/04/2010	6 mes(es) y 0 día(s)

GMO ASESORIA Y SERVICIOS EN SALUD LTDA	2/05/2010	29/02/2012	21 mes(es) y 0 días	
GENESIS EMPRESARIAL LTDA - (HFLLA ESE DE IBAGUE)	1/03/2012	30/04/2012	1 mes(es) y 0 día(s)	
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA IBAGUE	1/05/2012	31/12/2024	151 mes(es) y 0 día(s)	
TIEMPO TOTAL CERTIFICADO			203 mes(es) y 11 día(s)	
CAPACIDAD			CUMPLE	
			SI	NO
Hoja de vida en formato único			X	
Formato de declaración de bienes y rentas			X	
Constancia de afiliación al sistema de seguridad social			X	
Registro único tributario			X	
Fotocopia de la cédula			X	
Antecedentes fiscales, disciplinarios, penales y RNMC (persona natural o representante legal persona jurídica)			X	
Camara de comercio (aplica para persona jurídica)- Actividad economica acorde al objeto a contratar				X
Que el personal contratado por la persona jurídica no se encuentra vinculado al hospital mediante ningún otro tipo de contratación (APLICA PARA PERSONA JURIDICA)			X	
El contratista declaró por escrito que no se encuentre incurso(a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia			X	
IDONEIDAD			CUMPLE	
			SI	NO
El contratista presentó diplomas y otros documentos que acreditan un perfil profesional acorde con el servicio requerido			X	
EXPERIENCIA			CUMPLE	
			SI	NO
El contratista presentó documentos y certificaciones que acreditan la experiencia requerida			X	
En consecuencia, certifico que AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA cumple los requisitos técnicos y específicos esenciales requeridos en los Estudios Previos y resulta conveniente para el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ - TOLIMA E.S.E suscribir un contrato de prestación de Servicios Profesionales para "prestación de servicios de apoyo a la gestión del área de facturación en las actividades de generación, revisión, ajustes y validación de los Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud - RIPS en las mallas validadoras de las diferentes EAPB y las definidas por el ministerio de Salud de forma oportuna, garantizando el flujo de recursos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué - Tolima E.S.E por sus condiciones de idoneidad y experiencia"				
FECHA DE VALIDACION HOJA DE VIDA			22-ene-25	
Dado en Ibagué a los 22 Enero del 2025				
 NOMBRE: OFELIA VARGAS ROMERO CARGO: Profesional Especializado				



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, 12/12/2024 10:10:20 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **5823967** .

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. **106571260** . 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 Búsqueda

Imprimir

\$15.9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cta. 10 No. 25 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN - Bogotá D.C.
Línea de atención: 01.8000.910112



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1950

1950



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

天

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

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

RECEPTOR:

PROVEEDOR [] CONTRATISTA DE SERVICIOS [x] T.H DE LA EMPRESA []
ESTUDIANTE [] RESIDENTE [] VISITANTE [] OTRO []
CUAL _____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

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

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

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

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

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

- a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
- b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.



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

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

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

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

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

/ Fecha: 02/01/2025 Ciudad: IBAGUE-TOLIMA

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA

No. C.C : 5823967

FIRMA:  _____



Faint text at the bottom right of the page

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

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con N.E: 890.706.833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

<input type="checkbox"/> Aspirante	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Pacientes y Acompañantes	<input checked="" type="checkbox"/> Proveedores y Contratistas X
<input type="checkbox"/> Veedor	<input type="checkbox"/> Empleado o Exempleado		Otro, ¿Cual? _____

FINALIDAD

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

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

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



THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

100 EAST EAST

FINALIDAD

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

DECLARACIÓN:

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

En cuanto a la recolección de datos biométricos (huella dactilar):

Reconozco que el ingreso de información personal, lo realizo de manera libre y voluntaria dando cumplimiento a la solicitud de requerimientos específicos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E

(b) El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E se compromete a no ceder ni compartir los datos recibidos en el Aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria sin mi consentimiento y aprobación expresa.

(c) El tratamiento de este dato sensible será utilizado exclusivamente para cotejar mi identidad con la Base de Datos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima E.S.E, con la finalidad de desarrollar las funciones propias de la entidad.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales, se encuentra disponible en la Pagina Web del Hospital: www.hlleras.gov.co.

De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de IBAGUE-TOLIMA a los (02) DOS días del mes de

Enero del Año

2023

Firma: 

Nombre: AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA

C.C No: 5823967 de: IBAGUE - TOLIMA

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

Fecha de Autorización: _____

Nombre del menor de edad: _____

Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT ___ TI ___ Otro _____

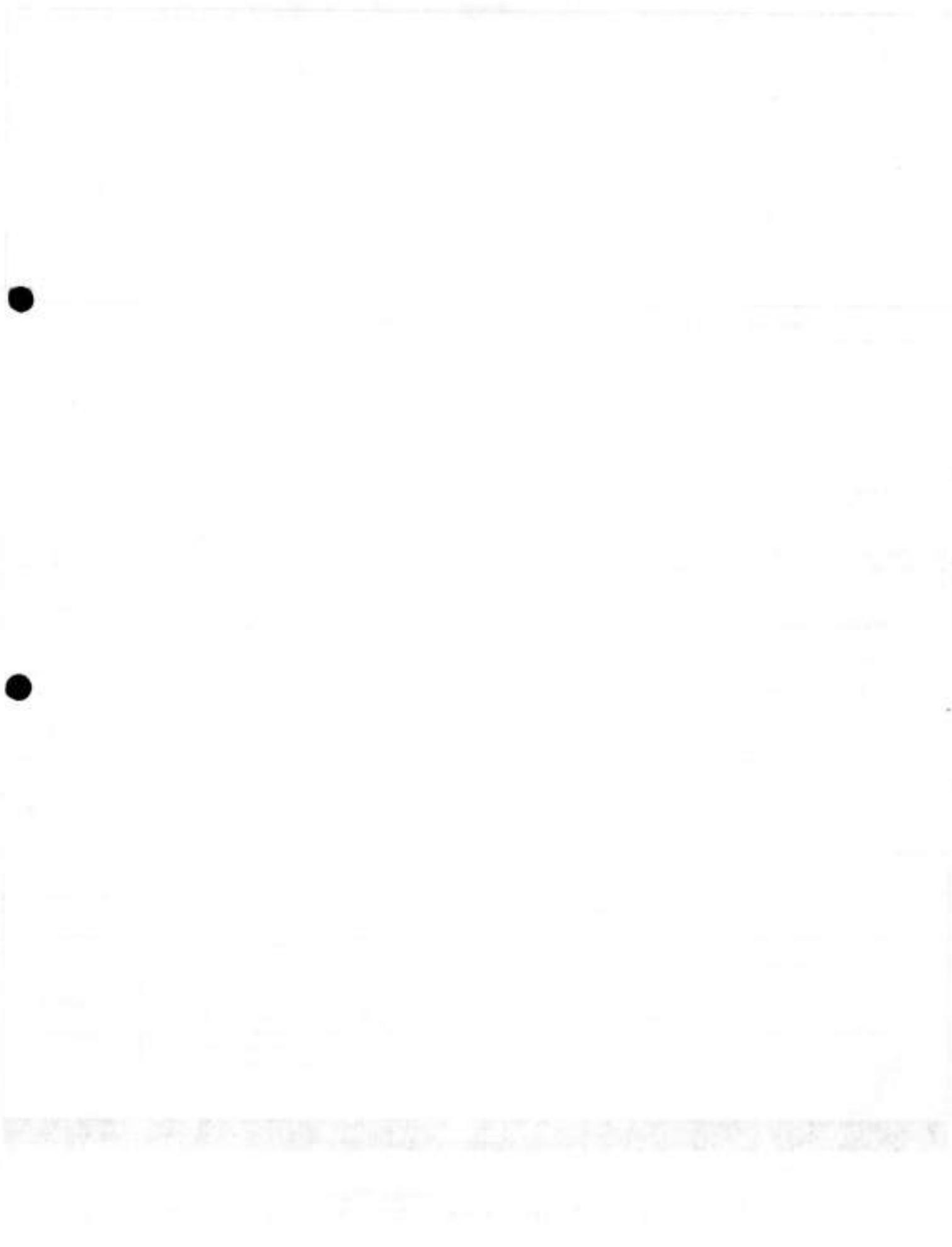
Dirección de Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Teléfono Fijos: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente responsable del paciente menor: _____

Firma del acudiente responsable del paciente menor: _____ Parentesco: _____





GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CODIGO: GA-FR-188

Versión: 2

Vigencia desde:

15/02/2024

Página 1 de 1

FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Anual

Al momento de la vinculación

Yo AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA identificado(a) con cédula de ciudadanía N.º 5823967 de Itagüé, vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

- Directivo
Ordenador del gasto
Supervisor de contrato
Responsable del proceso de inspección y vigilancia
Interventor
Responsable del control interno
Responsable del proceso de contratación
Responsable de la pagaduría
Responsable de la tesorería
Otro x ¿Cuál? Contratista

en el cargo específico o contrato: Auxiliar Administrativo en la siguiente dependencia o área de trabajo: Radicación de Cuentas Médicas

Entiendo la presente como una medida preventiva, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente declaración de intereses particulares, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

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

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

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

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

Entidad o negocio: PROTECCION SALUD VITAL IPS SAS
Tipo de participación: Socio
Fechas de ingreso y salida: Julio 2016 y Diciembre 31 de 2022
Compromiso vigente de confidencialidad: NO

2. Actividades económicas o profesionales de los parientes cercanos, cónyuge o compañero permanente

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

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

Otro interés particular

Describe otras posibles situaciones que puedan generar un potencial conflicto de intereses por la función que desempeña (revisé la normatividad sobre causales en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011):

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:

Firma del (la) declarante:
Cédula de ciudadanía N.º 5.823.967 de Itagüé
Fecha: 02/01/2025

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.

Nombre de quien recibe:
Firma:
Cédula de ciudadanía N.º de

Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011.

Nota: La declaración de conflicto de intereses está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por la oficina de control interno de la entidad o ente responsable.

... the ... of ... in ...
... the ... of ... in ...
... the ... of ... in ...

... the ... of ... in ...
... the ... of ... in ...
... the ... of ... in ...

... the ... of ... in ...
... the ... of ... in ...
... the ... of ... in ...

... the ... of ... in ...
... the ... of ... in ...
... the ... of ... in ...



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 5823967 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 07/01/2025 10:12 AM



Código Verificación: BWEJDSPCTY

Válida hasta: 07/04/2025

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC





GESTIÓN FINANCIERA

FORMATO SOLICITUD REGISTRO PRESUPUESTAL

CÓDIGO: GF-FR-067
Versión: 03
Vigente desde: 30/06/2023
Página: 1 de 1

Fecha: Ibagué,

Para: Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces

Número del Contrato:

Nit: 5823967

Contratista: AARON GILBERTO VALENCIA PORTILLA

Rubro Presupuestal: 2.1.2.02.02.008.8.3.9.9.0.01

Nombre Rubro Presupuestal: OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y EMPRESARIALES N.C.P.

Certificado de Disponibilidad Presupuestal a afectar:

Valor: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$8.400.000) MCTE

Justificación (Amplia, Suficiente y Soportada):

Prestar los servicios de apoyo a la gestión del área de facturación en las actividades de generación, revisión, ajustes y validación de los Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud - RIPS en las matas validadoras de las diferentes EAPB y las definidas por el ministerio de Salud de forma oportuna, garantizando el flujo de recursos del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué - Tolima E.S.E. se solicita contrato por un plazo de Tres (03) meses contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución.

Nombre, Cargo y firma del funcionario Autorizado

[Signature]
OFELIA VARGAS ROMERO

Profesional Especializado área salud
Autorización Ordenador del Gasto:

[Signature]
MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE

Gerente
Hospital Federico Lleras Acosta Ibagué Tolima E.S.E.

Nombre de quien recibe solicitud

Fecha y Hora Radicación de la Solicitud

Día _____ Mes _____ Año _____ Hora: _____ am _____ pm _____

Diligenció	Firma:
Nombre:	
Fecha:	

