



SEÑORES:

JUEZ LABORAL DE MOCOA - PUTUMAYO (REPARTO)

E. S. D.

REFERENCIA : MEMORIAL PODER

**TANIA MABEL RIVERA VALENCIA**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.061.777.379 de Popayán, respetuosamente manifiesto a Usted, que a través del presente escrito confiero **PODER ESPECIAL**, amplio y suficiente a la Doctora **ANA NAYIBER CARDENAS LEAL**, mayor de edad y vecina de esta ciudad, titular de la cédula de ciudadanía CC. No. 66.990.043 de Cali, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 121171 del Consejo Superior de la Judicatura, con correo electrónico: [herreracardenasabogados@gmail.com](mailto:herreracardenasabogados@gmail.com), para que en mi nombre y representación, inicie y lleve hasta su culminación la DEMANDA ORDINARIA LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA, en contra del **Hospital de Alta Complejidad del Putumayo S.A.S ZOMAC**, identificada con el NIT. 901201887, ubicado en la Carrera 48 N°10-29 de Puerto Asís Putumayo, correo electrónico institucional: [gerencia@hacputumayo.com.co](mailto:gerencia@hacputumayo.com.co), [juridica@hacputumayo.com.co](mailto:juridica@hacputumayo.com.co) representada legalmente por el señor **John Jairo Beltrán Suarez**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.734.435 de Bogotá, o quien haga sus veces al momento de su notificación, con la finalidad que se me reconozca y pague los siguientes derechos laborales: como PETICION PRINCIPAL: para que el **Hospital de Alta Complejidad del Putumayo SAS ZOMAC**, me reintegre plenamente al cargo de Fisioterapeuta, o a otro de igual o mejor categoría y asignación salarial mensual, desde el día veintidós (22) de febrero de 2023, y con ello: 1- los salarios adeudados, 2.- prestaciones sociales y 3.- los aportes al sistema de Seguridad Social Integral, con sus respectivos intereses de Ley, por concepto de PENSION a un FONDO DE PENSIONES y EN SALUD a una ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, durante el tiempo en que transcurrió la relación laboral. La indexación de las sumas adeudadas a partir de ese momento se me dejo de pagar, 4.- las costas del proceso y agencias en derecho; 5.- La indexación de las sumas adeudadas;



**HERRERA  
& CARDENAS**  
ABOGADOS ASOCIADOS

6.- Cualquier otro derecho que a mi favor resultare probado en juicio de acuerdo con las facultades, extra y ultra petita.

Igualmente con la pretensión de obtener el pago de las indemnizaciones de Ley, en consecuencia, tales como: 1.- indemnización consagrada en el art. 64 del C.S.T., modificado art. 28 Ley 789 de 2002 Terminación Unilateral del Contrato de Trabajo Sin Justa Causa; 2.- Sanción Moratoria consagrada en el art. 65 del C.S.T. Modificado Art. 29 Ley 789 de 2002 Indemnización Por Falta de Pago.

Mi apoderada queda ampliamente facultada para recibir sumas de dinero que me puedan corresponder: conciliar en cualquier momento del proceso, aceptando hechos, pretensiones y excepciones; transigir, desistir, sustituir, reasumir el proceso, comprometer, cobrar, renunciar, interponer recursos de Ley, solicitar y aportar pruebas, promover incidentes, tacha de falsedad y cotejo de documentos y testigos; realizar la continuación del PROCESO EJECUTIVO LABORAL y en general llevar este juicio hasta su terminación y todas las demás facultades legales otorgados según el Artículo 77 del Código General del Proceso, sin que se pueda alegar insuficiencia al poder.

Atentamente,

*Tania Rivera*  
**TANIA MABEL RIVERA VALENCIA**  
C.C No. 1.061.777.379 de Popayán

Acepto:

**ANA NAYIBER CARDENAS LEAL**  
C.C.No.66.990.043  
T.P. Nro. 121.171 DEL C.S. de la J



**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**  
**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



COD 1024

En la ciudad de Villagarzón, Departamento de Putumayo, República de Colombia, el diez (10) de mayo de dos mil veintitres (2023), en la Notaría única del Círculo de Villagarzón, compareció: TANIA MABEL RIVERA VALENCIA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1061777379 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

1024-1

*Tania Rivera*



10dc1ba904

----- Firma autógrafa -----

10/05/2023 11:30:29

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta acta, que contiene la siguiente información PODER ESPECIAL .



*Jairo Ermanzul Moncayo Quintana*



**JAIRO ERMANZUL MONCAYO QUINTANA**  
Notario Único del Círculo de Villagarzón, Departamento de Putumayo  
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 10dc1ba904, 10/05/2023 11:31:09

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.061.777.379**

**RIVERA VALENCIA**

APELLIDOS

**TANIA MABEL**

NOMBRES

*Tania Rivera*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-FEB-1995**

**MOCOA**  
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.48**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**F**

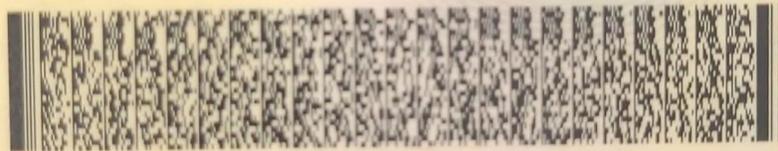
SEXO

**07-FEB-2013 POPAYAN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1100100-00435017-F-1061777379-20130510

0032969124A 1

39541839

**CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES  
ASISTENCIALES ENTRE TANIA MABEL RIVERA VALENCIA Y CLINICA PUTUMAYO  
S.A.S ZOMAC  
Modalidad Hora/Día/Mes**

**NOMBRE DE EL CONTRATANTE:** CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC  
**DOMICILIO DE EL CONTRATANTE:** Cra 48 28-49 Ciudad Leguizamo

**NOMBRE DE EL CONTRATISTA:** TANIA MABEL RIVERA VALENCIA  
**IDENTIFICACION:** 1.061.777.379 de Popayan  
**CELULAR:** 3148791869  
**DIRECCION:** La Floresta

**VALOR DE LOS HONORARIOS:** \$6.500 cada terapia respiratoria  
\$5.000 cada terapia física

**SERVICIO PROFESIONAL CONTRATADO:** FISIOTERAPIA

**FECHA DE INICIACION DEL CONTRATO:** 27 de Junio de 2019

**FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO:** 31 de Diciembre de 2019

**LUGAR DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO PROFESIONAL:** Puerto Asis (P)

Entre EL CONTRATANTE y EL CONTRATISTA, de las condiciones ya dichas, se celebrará un contrato civil de prestación de servicios profesionales asistenciales contenidos o no en el Plan Obligatorio de Salud (POS y NO POS) en la especialidad de FISIOTERAPIA, el cual se regirá por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por las normas del Código Civil y Código de Comercio colombiano:

**PRIMERA: OBJETO:** El Contratista se obliga a ejercer mediante su experiencia profesional y técnica, con plena autonomía e independencia, la prestación de servicios médicos asistenciales contenidos o no en el Plan Obligatorio de Salud (POS y NO POS) en la especialidad de FISIOTERAPIA a favor de los usuarios que indique EL CONTRATANTE.

**SEGUNDA: CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DEL SERVICIO CONTRATADO.** La prestación de los servicios asistenciales contenidos o no en el Plan Obligatorio de Salud (POS y NO POS) que comprende el presente contrato corresponden exclusivamente a la Especialidad de FISIOTERAPIA, la cual será prestada teniendo

**CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES  
ASISTENCIALES ENTRE TANIA MABEL RIVERA VALENCIA Y CLINICA PUTUMAYO  
S.A.S ZOMAC**

**Modalidad Hora/Día/Mes**

en cuenta el conocimiento de **EL CONTRATISTA** en la especialidad contratada. La ejecución de la especialidad contratada deberá efectuarse atendiendo la necesidad del servicio según lo indique **EL CONTRATANTE**.

**TERCERA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** **EL CONTRATISTA** a fin de ejecutar el presente contrato, se compromete a cumplir las siguientes obligaciones especiales, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas aquellas que le impongan las disposiciones legales y éticas, relacionadas con la especialidad contratada y de carácter sanitario vigente en la actualidad o que se expidan en el futuro, como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres: a) Prestar sus servicios profesionales en la especialidad contratada a todos los pacientes que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos y que cubrirá la atención de urgencias, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con estándares de calidad, oportunidad y eficiencia. b) Prestar sus servicios médicos profesionales contenidos o no en el Plan Obligatorio de Salud (POS y NO POS) a los pacientes que sean enviados por **EL CONTRATANTE** durante el cumplimiento de las agendas previamente acordadas entre las partes. c) Suministrar la información necesaria para el control y diligenciamiento de Registros de atención diaria de Procedimientos, Intervenciones y Actividades teniendo en cuenta las disposiciones legales emitidas por los entes de control, cuando a ello haya lugar d) Mantener actualizados los informes estadísticos definidos por **EL CONTRATANTE**, de las atenciones y los procedimientos practicados a los usuarios asignados o enviados por **EL CONTRATANTE** e) Cumplir con las exigencias legales y éticas con el manejo de la Historia Clínica de los pacientes. f) Abstenerse de emitir incapacidades que sean improcedentes según la ética profesional y que no estén debidamente soportadas en la historia clínica g) Presentar y mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas h) Respetar, acatar y acoger el Manual de Medicamentos y Terapéutica definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. i) Informar a **EL CONTRATANTE** todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios. j) Cumplir con el SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD, LOS REQUISITOS MINIMOS ESENCIALES y LAS CONDICIONES SANITARIAS que fijen las autoridades competentes tanto del orden Nacional como Territorial k) Acreditar y mantener por el término de duración del presente contrato y sus prorrogas, su afiliación al sistema integral de seguridad social a través de una entidad promotora de salud y una Administradora de Fondo de Pensiones en la forma establecida en la cláusula sexta del presente contrato l) Radicar en las instalaciones de **EL CONTRATANTE** las respectivas facturas y/o cuentas de cobro por el valor de los honorarios profesionales pactados en el presente contrato, junto con los soportes que acrediten el pago de los aportes y/o cotizaciones al Sistema Integral de Seguridad Social en salud y pensiones. m) Informar previa y expresamente a **EL CONTRATANTE** aquellos casos en que por

**CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES  
ASISTENCIALES ENTRE TANIA MABEL RIVERA VALENCIA Y CLINICA PUTUMAYO  
S.A.S ZOMAC**

**Modalidad Hora/Día/Mes**

caso fortuito y/o fuerza mayor deba acudir a la prestación del servicio en la especialidad contratada por un tercero, indicando el nombre e identificación de aquél, caso en el cual **EL CONTRATISTA** asumirá la responsabilidad derivada no sólo del ejercicio de la profesión desarrollada por el tercero sino del pago de los honorarios derivados de su contratación, exonerando desde ya cualquier responsabilidad que por esta situación pueda ser extensiva a **EL CONTRATANTE** n) Participar activamente y emitir concepto técnico escrito y soportado con medicina basada en la evidencia, como respuesta a las glosas formuladas por pertinencia médica por las entidades promotoras de salud o instituciones prestadores de servicios de salud, o demás entes aseguradores del servicio de salud, y a quienes **CLINICA PUTUMAYO S.A. ZOMAC** preste los servicios objeto de la presente especialidad contratada p) Las demás obligaciones, que de la naturaleza del presente contrato se deriven o impongan las normas legales. o) **EL CONTRATISTA** se obliga a asesorar y apoyar la contestación de las glosas que realicen las Empresas Responsables de Pago con relación a su servicio prestado.

**CUARTA: POLIZAS Y GARANTIAS: EL CONTRATISTA** deberá constituir una póliza de responsabilidad civil médica por intermedio de una aseguradora legalmente reconocida por la Superintendencia Financiera que ampare los riesgos en el ejercicio de su actividad profesional frente a terceros, en una cuantía equivalente a 450 SMMLV y por un periodo igual al término de duración del presente contrato y dos meses más, la cual deberá ser presentada a **EL CONTRATANTE** dentro de los 10 días hábiles siguientes a la suscripción del presente contrato, so pena de que el mismo se considere no suscrito y en consecuencia no surta efecto alguno. **PARAGRAFO:** En caso de que el presente contrato sea prorrogado por expreso acuerdo entre las partes, **EL CONTRATISTA** deberá presentar a **EL CONTRATANTE** la respectiva ampliación de la póliza de que trata la presente cláusula, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la suscripción del Otro sí mediante el cual expresamente se acuerda la prórroga del contrato.

**QUINTA: RESPONSABILIDAD DE EL CONTRATISTA: .- EL CONTRATISTA** será responsable ante las autoridades competentes de los actos u omisiones que desarrolle en el ejercicio de las actividades del presente contrato, cuando con ellos cause perjuicio a **EL CONTRATANTE** o a terceros, en tal caso, cuando a **EL CONTRATANTE** se endilgue responsabilidad por los actos u omisiones en el ejercicio de la profesión que desarrolle **EL CONTRATISTA**, éste será el único responsable, exonerando de cualquier imputación a **EL CONTRATANTE**.

**SEXTA: AFILIACIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL: EL CONTRATISTA** manifiesta conocer a plenitud la naturaleza civil del presente contrato y en consecuencia asumirá el pago total de las cotizaciones o aportes al Sistema Integral de Seguridad Social en salud y pensiones, acreditando ante **EL CONTRATANTE** el pago mensual de las mismas junto con la respetiva factura y/o

**CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES  
ASISTENCIALES ENTRE TANIA MABEL RIVERA VALENCIA Y CLINICA PUTUMAYO  
S.A.S ZOMAC  
Modalidad Hora/Día/Mes**

cuenta de cobro de honorarios profesionales que radique en las instalaciones de **EL CONTRATANTE**. **PARAGRAFO:** En cumplimiento del Decreto 2800 de Octubre 3 de 2003, artículo 3º, **EL CONTRATISTA** deberá manifestar de forma escrita a **EL CONTRATANTE**, documento el cual hará parte integral del contrato, su intención de afiliarse o no al Sistema General de Riesgos Profesionales.

**SEPTIMA: AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA DE EL CONTRATISTA:** **EL CONTRATISTA** prestará sus servicios profesionales de **FISIOTERAPIA** con la debida diligencia que acostumbra en sus actividades profesionales, en forma autónoma e independiente, bajo su propia cuenta y riesgo, declarando que conoce la naturaleza del presente contrato y que por tanto la vigilancia que ejerza **EL CONTRATANTE** sobre su ejecución no constituirá subordinación de ninguna índole. **PARÁGRAFO:** **EL CONTRATISTA** acepta que si por circunstancias de caso fortuito o fuerza mayor no le es posible prestar el servicio contratado, podrá asignar a cualquier profesional de las mismas condiciones y calidades de él, para que pueda cumplir el objeto del presente contrato asumiendo la totalidad del pago de los honorarios de aquel, siempre y cuando haya informado expresa y previamente tal situación a **EL CONTRATANTE**, en consecuencia **EL CONTRATISTA** actuará con plena autonomía técnica, administrativa y directiva en el desarrollo y ejecución de este contrato y no podrá obligar a **EL CONTRANTE** frente a terceros.

**OCTAVA: OBLIGACIONES DE EL CONTRATANTE:** Son obligaciones de **EL CONTRATANTE:** a) Pagar a **EL CONTRATISTA** a título de honorarios profesionales, el precio de los servicios contratados en las condiciones pactadas en el presente contrato en la cuenta bancaria que especifique **EL CONTRATISTA** b) Facilitar y apoyar a **EL CONTRATISTA** en la ejecución de los servicios contratados. c) Orientar e ilustrar las políticas a seguir para la prestación de los servicios contratados, sin que se entienda limitada la autonomía e independencia del contratista en el cumplimiento de sus obligaciones. d) Informar a **EL CONTRATISTA** previamente a la atención, los usuarios a los cuales prestará el servicio objeto del presente contrato.

**NOVENA: CONDICIONES PARA LA ATENCION DEL USUARIO:** **EL CONTRATISTA** prestará los servicios asistenciales contenidos o no en el Plan Obligatorio de Salud (**POS** y **NO POS**) a que se refiere el presente contrato a los usuarios que previamente haya designado **EL CONTRATANTE**, o en su defecto, a quienes cuenten con la debida **AUTORIZACION DE SERVICIOS** expedida por la **EPS** a la que se encuentre afiliado o **IPS** con la que **CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC** ostente algún convenio de servicios y cumplan los demás requisitos señalados en la Guía de Atención que para el efecto haya expedido el Gobierno Nacional y que hará parte integrante del presente contrato.

**CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES  
ASISTENCIALES ENTRE TANIA MABEL RIVERA VALENCIA Y CLINICA PUTUMAYO  
S.A.S ZOMAC**

**Modalidad Hora/Día/Mes**

**DECIMA: SUSPENSIÓN DEL CONTRATO:** De común acuerdo las partes podrán suspender la ejecución de este contrato, mediante la suscripción de un acta en la cual conste el evento, sin que para efectos del término de duración del contrato se compute el periodo de suspensión.

**DECIMA PRIMERA: VALOR DEL CONTRATO:** El valor del presente contrato será el que corresponda a la suma de los días por mes en que efectivamente hayan sido prestados los servicios por **EL CONTRATISTA**; en desarrollo del objeto del presente contrato, atendiendo los usuarios que hayan sido previamente asignados a razón de **SEIS MIL QUINIENTOS M/Cte. (\$6.500)** cada terapia respiratoria y **CINCO MIL PESOS M/cte (\$5.000)** cada terapia física. Valor que será pagadero a los 10 días después de radicada la cuenta de cobro. (Fecha de radicación el día 24 de cada mes).

**DECIMA SEGUNDA: DURACION:** La duración del presente contrato Civil, se establece por un término de **SEIS (6) meses**, contados a partir del **27 de JUNIO DE 2019 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2019. PARAGRAFO:-** El presente contrato será objeto de prórroga automática por el mismo tiempo inicial, salvo manifestación de no prórroga del contrato por escrito con antelación de cinco (5) días a la de expiración del contrato.

**DECIMA TERCERA: TERMINACION:** El presente contrato podrá finiquitar por la ocurrencia de las siguientes situaciones: a) Muerte de **EL CONTRATISTA**, b) Por Incumplimiento sistemático de una las de partes respecto de las obligaciones pactadas en el contrato. c) Disolución y Liquidación definitiva de **EL CONTRATANTE**. d) Por mutuo acuerdo entre las partes que conste por escrito. e) De manera unilateral por cualquiera de las partes sin que medie justificación alguna dando previo aviso por escrito con una antelación no inferior a cinco (05) días calendario a la otra parte. **PARAGRAFO:** La terminación unilateral no generará para ninguna de las partes indemnización o sanción de ningún tipo, sin que la misma exonere a **ELCONTRATANTE** de pagar a **EL CONTRATISTA** los honorarios devengados y no pagados a la fecha de terminación, f) De manera unilateral por **EL CONTRATANTE**, sin necesidad de previo aviso, por quejas de usuarios en la prestación del servicio por parte de **EL CONTRATISTA**, y que a juicio de **EL CONTRATANTE** sean graves y fundadas.

**DECIMA CUARTA: EXCLUSIVIDAD.- EL CONTRATANTE** declara que el presente contrato no generará exclusividad de ninguna índole para **EL CONTRATISTA**, razón por la cual aquél podrá celebrar contratos de prestación de servicios con otras entidades.

**DECIMA QUINTA: CESIÓN.- EL CONTRATISTA** no podrá ceder derechos ni obligaciones que adquiriera en virtud del presente contrato a persona natural o

**CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES  
ASISTENCIALES ENTRE TANIA MABEL RIVERA VALENCIA Y CLINICA PUTUMAYO  
S.A.S ZOMAC  
Modalidad Hora/Día/Mes**

jurídica, ni subcontratar la actividad relacionada con el objeto del presente contrato, sin consentimiento y autorización expresa y por escrito de **EL CONTRATANTE**.

**DECIMA SEXTA: NATURALEZA CIVIL.** Las partes expresamente entienden que la naturaleza y consecuente ejecución del presente contrato es de carácter civil, por lo que **EL CONTRATISTA** prestará sus servicios en forma independiente, autónoma, bajo su propia cuenta y riesgo, amparando su actividad profesional mediante la constitución de las pólizas referidas en la cláusula cuarta del presente contrato. **PARAGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA** no podrá reclamar a **EL CONTRATANTE**, en virtud del presente Contrato, prestaciones o derecho alguno reconocido por las Leyes Laborales, ya que se trata de un convenio civil para la prestación de los servicios regulados por el Código de la materia según sus normas generales, sin subordinación o dependencia, con total autonomía de ella en la dirección y realización de lo pactado. **PARAGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA** entiende que en la ejecución del presente contrato obrará como único y exclusivo patrono de los subordinados que llegare a contratar para el desarrollo y ejecución de las actividades aquí pactadas, en consecuencia se compromete a asumir la totalidad de las obligaciones laborales, comunes o especiales, establecidas por la ley y las que pudieran existir en razón de pactos, convenciones colectivas o fallos arbitrales y asumirá todos los riesgos que le correspondan.

**DECIMA SEPTIMA: CONFIDENCIALIDAD: EL CONTRATISTA** reconoce la naturaleza confidencial de cualquier información que no sea del dominio público, que llegue a tener en el proceso de ejecución de este contrato y se obliga a no divulgarla a ningún tercero sin permiso previo escrito por parte de **EL CONTRATANTE**, para lo cual **EL CONTRATISTA** tomará las mismas medidas que normalmente ejerce respecto de sus propias informaciones, datos, etc., y que tengan el mismo carácter de reservado. Además se reconoce que todo material o información de naturaleza confidencial suministrado por **EL CONTRATANTE** a **EL CONTRATISTA**, y que sean utilizados por éste en calidad de comodatario, incluyendo, mapas, registros, películas, reportes, correspondencia y comunicaciones en general, serán de propiedad de **EL CONTRATANTE**.

**DECIMA OCTAVA: INTERVENTORÍA Y OBJECIONES;** Todo contrato de prestación de servicios estará sujeto en su ejecución a una interventoría que estará a cargo del Departamento de Interventoría médica, quien revisara la correcta ejecución frente a las obligaciones contratadas, y el cual a través de informes de interventoría dará aval de causación y pago. **EL CONTRATISTA** asume los riesgos derivados de la prestación de sus servicios en la especialidad contratada y de los trámites de verificación propios e innatos a su servicio, y por lo tanto cualquier valor que sea objetado por el departamento de interventoría relacionada por algún evento o servicio prestado por **EL CONTRATISTA**, se descontara de la factura o cuenta de cobro radicada por aquél en los mismos valores objetados por el Departamento de

**CONTRATO CIVIL DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES  
ASISTENCIALES ENTRE TANIA MABEL RIVERA VALENCIA Y CLINICA PUTUMAYO  
S.A.S ZOMAC**

**Modalidad Hora/Día/Mes**

Interventoría, por lo tanto dicha objeción solo se levantara hasta que exista una conciliación entre el Departamento de Interventoría y EL CONTRATISTA.

**DECIMA NOVENA: IMPUESTOS:** Los impuestos y las contribuciones parafiscales que se causen por razón o con ocasión del contrato serán por cuenta de EL CONTRATISTA, y las retenciones que ordene la ley en relación con sus honorarios serán efectuadas por EL CONTRATANTE.

**VIGÉSIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL.** Para todos los efectos las partes acuerdan fijar como domicilio contractual la ciudad de Puerto Asís.

Para constancia se suscribe en la ciudad de Puerto Asís, **EL VENTICINCOAVO (25) DÍA DEL MES DE JUNIO DE 2019**, en dos ejemplares del mismo tenor, uno para cada una de las partes.

EL CONTRATANTE,

  
\_\_\_\_\_  
CLAUDIA PATRICIA ALDANA  
C.C. No. 26.240.651  
Representante legal  
CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC

EL CONTRATISTA,

  
\_\_\_\_\_  
TANIA MABEL RIVERA VALENCIA  
C.C. No 1.061.777.379  
FISIOTERAPEUTA

**CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO PARA LABORES ASISTENCIALES entre  
CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC y TANIA MABEL RIVERA VALENCIA**

Página 1 de 6

**NOMBRE DEL EMPLEADOR:** CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC  
**DOMICILIO DEL EMPLEADOR:** CR 45 BARRIO CIUDADELA LEGUIZAMO

**NOMBRE DEL TRABAJADOR:** TANIA MABEL RIVERA VALENCIA  
**IDENTIFICACION:** 1.061.777.379

**DIRECCION DE RESIDENCIA:** EDIFICIO LA 25

**TELEFONO DE RESIDENCIA:**

**CELULAR:** 3148791869

**SALARIO BASICO:** \$ 1.400. 000.00 mensuales pagaderos por mes vencido a partir del  
07 de noviembre de 2019

**OFICIO QUE DESEMPEÑAR EL TRABAJADOR(A):** FISIOTERAPEUTA

**FECHA DE INICIACION DE LABORES:** 07 de noviembre de 2019

**LUGAR DONDE DESEMPEÑARA LA LABOR:** Puerto Asís (Putumayo)  
b) de la cláusula primera de este contrato.

**LUGAR DE CONTRATACIÓN:** Puerto Asís (Putumayo)

Entre **EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR**, de las condiciones ya dichas, identificados como se indicó anteriormente, se celebrará un contrato individual de trabajo a término indefinido, el cual se registrá por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA. - OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR:** **EL TRABAJADOR** se obliga para con **EL EMPLEADOR:** a) A poner al servicio de **EL EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores similares, anexas o complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR** o sus representantes. b) El servicio antedicho lo prestará personalmente **EL TRABAJADOR** en el Municipio de Puerto Asís (P). c) A Guardar estricta reserva de cuanto llegare a su conocimiento por razón de su oficio sobre las operaciones, negocios, actividades médicas, procedimientos comerciales, administrativos y/o cualquier clase de información referente al desarrollo del objeto social del **EMPLEADOR**. d) A Responder con los

**CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO PARA LABORES ASISTENCIALES entre  
CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC y TANIA MABEL RIVERA VALENCIA**

Página 2 de 6

deberes de un depositario por los elementos personales de trabajo de cualquier clase, que se le confien para la realización de sus labores, así como por los daños que por su culpa, descuido o negligencia ocasione a **EL EMPLEADOR**. Igualmente, si recibiere bienes bajo inventario, deberá suscribir acta de recibo y entrega. e) A seguir estrictamente las órdenes que le impartan sus superiores. f). A cumplir la jornada de trabajo y atender las normas disciplinarias de horario y descansos. g). A asistir puntualmente al trabajo y a no dedicar parte alguna de su tiempo laborable a trabajos distintos a los asignados por **EL EMPLEADOR**. h) Resaltar con su comportamiento la imagen de **EL EMPLEADOR** de tal manera que se constituya en ejemplo del personal que dirige y proyecta los propósitos y objetivos de la organización. i) Asistir puntualmente a la totalidad de capacitaciones, evaluación de conocimientos, conferencias y demás actividades programadas por **EL EMPLEADOR**. j) Guardar conducta intachable en sus relaciones sociales y comerciales, actuando con ética profesional en sus decisiones. k) Cumplir con todas aquellas obligaciones que le impongan las disposiciones legales y éticas, relacionadas con su profesión u oficio. l.) Cumplir y acatar las disposiciones contempladas en las Circulares Reglamentarias e instrucciones que expida la entidad. m.) Las demás obligaciones que de la naturaleza del presente contrato se deriven o impongan las normas legales. **PARAGRAFO:** La renuencia o negativa de **EL TRABAJADOR** a cumplir cualquiera de estas obligaciones contractuales, a juicio de **EL EMPLEADOR** se considerará como falta grave y por lo tanto se tendrá como justa causa para dar por terminado el presente contrato, sin previo aviso.

**SEGUNDA. - OBLIGACIONES DE EL EMPLEADOR:** **EL EMPLEADOR** se obliga para con **EL TRABAJADOR:** a) A poner a disposición de los trabajadores, salvo estipulación en contrario, los instrumentos adecuados para la realización de las labores objeto del presente contrato. b) A pagar la remuneración pactada en las condiciones, periodos y lugares convenidos. c) A guardar absoluto respeto a la dignidad personal de **EL TRABAJADOR** y a sus creencias. d) A entregar a **EL TRABAJADOR** un acta de inventario de los bienes que se entregan para su uso, custodia y cuidado. e) A pagar a **EL TRABAJADOR** el valor del trabajo suplementario y recargos de Ley, siempre y cuando exista autorización escrita por parte de **EL EMPLEADOR** o sus representantes conforme a lo establecido en la cláusula séptima del presente contrato.

**TERCERA.- RESPONSABILIDADES Y/O FUNCIONES DEL CARGO:** Son responsabilidades del cargo que **EL TRABAJADOR** desempeñará, aquellas actividades descritas en el Manual de Funciones, así como, las modificaciones o adiciones que se realicen a este durante la ejecución del presente contrato y demás funciones asignadas por el jefe inmediato relacionadas con el giro ordinario de las actividades de la empresa.

**CUARTA.- PERIODO DE PRUEBA:** **EL TRABAJADOR** inicia el contrato con **EL EMPLEADOR** en periodo de prueba de DOS (2) meses calendario contados a partir de la fecha de ingreso, término durante el cual cualquiera de las partes podrá darlo por

**CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO PARA LABORES ASISTENCIALES entre CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC y TANIA MABEL RIVERA VALENCIA**

terminado unilateralmente, en cualquier momento y sin previo aviso, conforme se determina y reglamenta en el Título II capítulo I del Código Sustantivo del Trabajo.

**QUINTA.- TÉRMINO DE DURACIÓN:** Vencido el período de prueba, el presente contrato se entenderá celebrado a término INDEFINIDO, de acuerdo a las disposiciones legales sobre el particular.

**SEXTA.- SALARIO:** EL EMPLEADOR pagará a EL TRABAJADOR por la prestación de sus servicios en las oportunidades referidas el valor del salario indicado en la parte superior de este contrato. **PARAGRAFO.** Se aclara y se conviene que en el salario básico está incluida la remuneración de dominicales y festivos: y que el 82.5% de los ingresos que reciba EL TRABAJADOR por concepto de comisiones o de cualquiera otra modalidad variable del salario, en el evento de que así se estipule en éste contrato o que de hecho devengue tal modalidad de salario EL TRABAJADOR, constituye remuneración ordinaria y el 17.5% restante está destinado a remunerar los días dominicales y festivos de que tratan los Capítulos I y II del Código Sustantivo del Trabajo.

**SEPTIMA.- TRABAJO SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y FESTIVO:** Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en días domingos o festivos en los que legalmente debe concederse descanso, debe autorizarlo EL EMPLEADOR o sus representantes, en forma previa y por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de el por escrito, a la mayor brevedad, a EL EMPLEADOR o a sus representantes. EL EMPLEADOR en consecuencia no reconocerá ningún trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o avisado inmediatamente como queda dicho.

**OCTAVA.- JORNADA DE TRABAJO:** EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada máxima legal de ocho (8) horas diarias y cuarenta y ocho (48) a la semana dentro del horario señalado por EL EMPLEADOR en turnos sucesivos. No obstante, lo anterior, EL TRABAJADOR está obligado cualquier cambio de horario que, por razones específicas de su labor y de la actividad propia de EL EMPLEADOR, sea necesario efectuarse.

**NOVENA.- TERMINACIÓN:** El presente contrato, podrá terminar de manera unilateral por cualquiera de las partes antes del vencimiento del término pactado, siempre que la otra parte sea notificada por escrito con treinta (30) treinta días calendario de anticipación, so pena de que el mismo sea renovado por un período igual al inicialmente convenido.

**DÉCIMA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN:** Son justas causas para dar por terminado el presente contrato de trabajo, las enumeradas como tales en el artículo séptimo (7) del Decreto 2351 de 1.965; las establecidas en el Reglamento Interno de Trabajo de

**CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO PARA LABORES ASISTENCIALES entre  
CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC y TANIA MABEL RIVERA VALENCIA**

Página 4 de 6

**EL EMPLEADOR**, las pactadas en la cláusula primera de este contrato, las previstas como faltas graves en las Circulares reglamentarias expedidas por la entidad, todas aquellas que en el futuro convengan las partes, las cuales se considerarán incorporadas al presente contrato y las que no estén estipuladas pero que afecten el normal desarrollo y/o ejecución de actividades de **EL EMPLEADOR**. Son faltas graves y por tanto facultan a **EL EMPLEADOR** a dar por terminado en forma unilateral el presente contrato, las siguientes: a) La no asistencia puntual al trabajo, sin excusa suficiente, a juicio de **EL EMPLEADOR** por dos (2) veces; b) La ejecución por parte de **EL TRABAJADOR** de labores remuneradas al servicio de terceros dentro de la jornada; c) La revelación de secretos y datos reservados de la empresa; d) Las desavenencias con sus compañeros de trabajo; e) El hecho de que **EL TRABAJADOR** llegue embriagado o bajo el efecto de drogas alucinógenas, ingiera bebidas embriagantes o droga de la clase ya citada en el sitio de trabajo, aún por la primera vez; f) El hecho de que **EL TRABAJADOR** abandone el sitio de trabajo sin el permiso de sus superiores; g) La no asistencia a una sesión completa de la jornada de trabajo, o más, sin excusa suficiente a juicio de **EL EMPLEADOR**; h) La presentación de queja o reclamo por parte de un usuario o compañero, respecto a la atención o comportamiento de **EL TRABAJADOR** y que a juicio de **EL EMPLEADOR** constituya justa causa para dar por terminado el presente contrato de trabajo. i) El hecho de que el salario de **EL TRABAJADOR** sea embargado en legal forma, por cuenta de terceros por obligaciones de cualquier tipo; j) el incumplimiento grave de cualquiera de las responsabilidades básicas establecidas en la cláusula tercera del presente contrato.

**DÉCIMA PRIMERA.- PAGOS NO CONSTITUTIVOS DE SALARIO:** Las partes expresamente y por mutuo acuerdo, determinan que no constituyen salario en dinero o en especie para todos los efectos legales y de liquidaciones salariales o de prestaciones sociales que tengan lugar, las prestaciones sociales de que tratan los títulos VIII y IX del Código Sustantivo de Trabajo, ni los beneficios o auxilios habituales u ocasionales que hayan acordado o se lleguen a establecer por la Asamblea, la Junta Directiva o la Administración de **EL EMPLEADOR**, o a través de circulares reglamentarias o comunicados tales como: la alimentación, habitación o vestuario, las primas extralegales de vacaciones, prima de navidad y productividad; y las siguientes bonificaciones: bonificación por vacaciones, bonificaciones ocasionales, bonificación por retiro, bonos o cheques de plan de beneficios extra salariales adicionales, bonificación especial, bonificación de asociados, bonificación quinquenal, ni los ajustes que sobre las mismas se efectúen, y demás conceptos de índole extralegal que por voluntad de **EL EMPLEADOR** sean entregados a **EL TRABAJADOR**, al igual que la participación de utilidades, toda vez que las mismas no constituyen retribución directa ni indirecta al servicio prestado por **EL TRABAJADOR**.

**DECIMA SEGUNDA.- INVENCIONES O DESCUBRIMIENTOS:** Los descubrimientos o invenciones, al igual que todos los trabajos y consiguientes resultados de **EL TRABAJADOR**, mientras preste sus servicios para **EL EMPLEADOR**, incluso aquellos

**CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO PARA LABORES ASISTENCIALES entre  
CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC y TANIA MABEL RIVERA VALENCIA**

Página 5 de 6

de que trata el Artículo 539 del Código de Comercio, serán de propiedad exclusiva de éste. Además, tendrá EL EMPLEADOR el derecho de patentarlos a su nombre o a nombre de terceros, para lo cual EL TRABAJADOR accederá a facilitar el cumplimiento oportuno de las correspondientes formalidades y dar su firma o extender sus poderes y documentos necesarios para tal fin según y cuando se lo solicite EL EMPLEADOR, sin que este quede obligado al pago de compensación alguna.

**DECIMA TERCERA.- EFECTOS:** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado con anterioridad entre las partes, sujetando en todo la relación laboral al tenor del presente contrato.

**DECIMA CUARTA.- INTEGRALIDAD.** Las partes declaran que en el presente contrato se entienden incorporadas en lo pertinente y en cuanto no se opongan a lo aquí estipulado, todas las disposiciones legales que regulen las relaciones laborales, especialmente lo dispuesto en cualquier tiempo por el Reglamento Interno de Trabajo, el cual declara haber leído, las Circulares y comunicados expedidos por EL EMPLEADOR, las cuales desde ya se convienen incorporadas en el presente contrato de trabajo.

**DECIMA QUINTA.- TRASLADOS Y CAMBIO DE CARGO:** EL TRABAJADOR acepta desde ahora los traslados de lugar de trabajo y cambios de cargo que se efectúen durante la relación laboral y como consecuencia del cumplimiento de sus funciones, siempre y cuando éstos no impliquen desmejora de sus condiciones laborales. Las modificaciones que se acuerden deberán constar por escrito a continuación del texto del presente contrato, o en documento aparte, suscrito por las partes.

**DECIMA SEXTA.- CONSIGNACION DE PRESTACIONES SOCIALES:** EL TRABAJADOR autoriza expresamente a EL EMPLEADOR, para que a la finalización del contrato de trabajo, el valor que resulte de la liquidación de prestaciones sociales sea consignada en la cuenta de ahorros o corriente de nómina, y cuyo titular es EL TRABAJADOR.

**DÉCIMA SÉPTIMA.- PAGOS NO CONSTITUTIVOS DE SALARIO:** Las partes dejan expresa constancia de que ninguno de los pagos enumerados en el artículo 15 de la Ley 50 de 1990, tiene el carácter de salario, razón por la cual no constituyen factor salarial para efectos de liquidación de prestaciones sociales, reconocimiento de indemnizaciones, ni para ningún otro efecto, los beneficios o auxilios habituales u ocasionales, en dinero o en especie, que concediere EL EMPLEADOR al EL TRABAJADOR por mera liberalidad, particularmente se incluye dentro de este pacto todo eventual suministro de vestuario para el ejercicio de su labor, las propinas, los aguinaldos, alimentación, vivienda, auxilio de educación y otros auxilios análogos, el monto que exceda de lo que en cualquier tiempo hubieren valorado expresamente las partes de estos conceptos, el suministro de los mismos a bajo precio, así como cualquier prima extralegal de vacaciones, de servicios o de navidad y en general

**CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO PARA LABORES ASISTENCIALES entre  
CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC y TANIA MABEL RIVERA VALENCIA**

Página 6 de 6

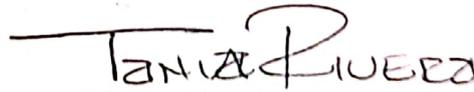
cualquier auxilio o beneficio que se otorgue sin que lo antes expresado configure obligación para EL EMPLEADOR de conceder tales beneficios. Los auxilios o beneficios concedidos por EL EMPLEADOR, no se reconocerán durante los periodos de incapacidad, licencias de maternidad, licencias no remuneradas o periodos de vacaciones disfrutadas.

Igualmente las partes dejan expresa constancia que los pagos de telefonía celular o de cualquier otro medio de comunicación, los gastos de transporte, los gastos de viaje y las sumas destinadas a manutención y alojamiento de EL TRABAJADOR, cuando deba desplazarse de su lugar habitual de trabajo, y que sean pagadas por EL EMPLEADOR directamente o mediante reembolsos a EL TRABAJADOR, no constituyen salario toda vez que los mismos no tienen por efecto remunerar la prestación del servicio sino disponer los medios necesarios para que este pueda prestarse.

Para constancia se firma en dos ejemplares del mismo tenor y valor, ante testigos en el municipio de Puerto Asís Putumayo, a los sieteavo (07) día del mes de noviembre de 2019.



**CLAUDIA PATRICIA ALDANA REINA**  
Representante Legal



**TANIA MABEL RIVERA V**  
Trabajador

Puerto Asís Putumayo, 24 de febrero de 2023

Señora:

**TANIA MABEL RIVERA VALENCIA**

C.C. No. 1.061.777.379 de Popayán (C)

Fisioterapeuta

Asunto: **TERMINACIÓN DE CONTRATO CON JUSTA CAUSA.**

Una vez analizada y revisada el acta de diligencia de descargos realizada el día 22 de febrero de 2023 se determina que no existen los argumentos válidos para justificar porque incumplió con las políticas y protocolos que se encuentran socializadas y escritas en su perfil de cargo y descriptivo de funciones, y no informo al Hospital de Alta Complejidad del Putumayo cuando tuvo conocimiento sobre el faltante del ventilador mecánico en el servicio, generando de esta manera un perjuicio económico grave para la institución. Por lo anterior se da aplicación a lo contemplado en Reglamento Interno de Trabajo que indica lo siguiente:

1. Al no existir justificación suficiente para incumplir con las políticas institucionales y no reportar a sus superiores del faltante del ventilador mecánico en el servicio, acogiéndonos a lo regulado en el Reglamento Interno de Trabajo en el artículo 100 en el título XX FALTAS GRAVES Y JUSTAS CAUSAS DE TERMINACION UNILATERAL DEL CONTRATO DE TRABAJO numeral 27 "Todo descuido en el trabajo que afecte o pueda afectar la seguridad de las personas, de las máquinas, de los equipos, materiales de trabajo o de las instalaciones." y numeral 68, "Todo trabajador que tenga funciones de supervisión y no dé aviso previo por escrito a su superior jerárquico cada vez que se presente una actividad, hecho u omisión que pueda ser considerado como falta", iniciamos proceso disciplinario.

En atención a lo enunciado, se procede a dár por terminado el contrato de trabajo con justa causa conforme al Reglamento Interno del Trabajo y con fundamento en el Código Sustantivo del Trabajo, artículo 62 numeral 6 *"Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones especiales que incumben al trabajador de acuerdo con los artículos 58 y 60 del Código Sustantivo del Trabajo, o cualquier falta grave calificada como tal en pactos o convenciones colectivas, fallos arbitrales, contratos individuales o reglamentos"*. Esta determinación es efectiva a la finalización de la jornada de trabajo del día 22 de febrero del presente año. En consecuencia, sírvase hacer entrega de los elementos que debido a su cargo le hayan sido entregados para el desarrollo de su labor, si a ello hubiese lugar.

Nota: Contra la presente decisión proceden los recursos de Ley.

Atentamente,



**JOHN JAIRO BELTRÁN SUAREZ**

Representante Legal

Hospital de Alta Complejidad del Putumayo SAS Zomac

*¡Tu salud nuestro compromiso!*  
Carrera 48 No 10-29 B/Ciudad Leguizamo  
Puerto Asís - Putumayo

|                  |                     |                 |                       |                             |                    |
|------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------|
| <b>Página</b>    | 1                   | <b>Email:</b>   | tan.mrivera@gmail.com | <b>Comprobante de Pago:</b> | NM : 14            |
| <b>Dirección</b> | CORRALITO DE PIEDRA | <b>Teléfono</b> | 3148791861            | <b>Fecha / Hora:</b>        | 26/06/2023 7.42 AM |

|                       |                |                             |                             |                         |                              |
|-----------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------------|
| <b>Nit o C.C:</b>     | 1061777379     | <b>Apellidos y Nombres:</b> | RIVERA VALENCIA TANIA MABEL | <b>C. Costo:</b>        | 110401, UCI ADULTO INTENSIVA |
| <b>Sueldo básico:</b> | \$ 0           | <b>C.O:</b>                 | 001, PRINCIPAL              | <b>Tipo de Cuenta:</b>  | Ahorro                       |
| <b>Cargo:</b>         | FISIOTERAPEUTA | <b>Entidad Financiera:</b>  | 13, BBVA COLOMBIA           | <b>Nro cta ahorros:</b> | 726382088                    |

| Concepto             | Descripción                 | Cant/Horas          | Vlr devengo         | Vlr deducción     | Valor total | Descontado | Saldo |
|----------------------|-----------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|-------------|------------|-------|
| 001                  | SUELDO BASICO               | 240,00              | 1.700.000           | 0                 |             |            |       |
| 008                  | AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE |                     | 117.172             | 0                 |             |            |       |
| 010                  | RECARGO NOCTURNO ORDINARIO  | 63,00               | 156.188             | 0                 |             |            |       |
| 011                  | RECARGO DOMINICAL O FESTIVO | 23,00               | 122.188             | 0                 |             |            |       |
| 012                  | RECARGO NOCTURNO DOMINICA O | 9,00                | 70.125              | 0                 |             |            |       |
| 013                  | HORA EXTRA DIA ORDINARIO    |                     | 0                   | 0                 |             |            |       |
| 014                  | HORA EXTRA NOCHE ORDINARIA  |                     | 0                   | 0                 |             |            |       |
| 015                  | HORA EXTRA DIA FESTIVO      |                     | 0                   | 0                 |             |            |       |
| 016                  | HORA EXTRA NOCTURNA         |                     | 0                   | 0                 |             |            |       |
| 510                  | APORTES SALUD EPS EMPLEADO  |                     | 0                   | 81.940            |             |            |       |
| 515                  | APORTES PENSION EMPLEADO    |                     | 0                   | 81.940            |             |            |       |
| <b>Totales</b>       |                             | <b>335,00</b>       | <b>\$ 2.165.673</b> | <b>\$ 163.880</b> |             |            |       |
| <b>Neto a pagar:</b> |                             | <b>\$ 2.001.793</b> |                     |                   |             |            |       |

|                  |                     |                 |                       |                             |                    |
|------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------|
| <b>Página</b>    | 1                   | <b>Email:</b>   | tan.mrivers@gmail.com | <b>Comprobante de Pago:</b> | NM : 15            |
| <b>Dirección</b> | CORRALITO DE PIEDRA | <b>Teléfono</b> | 3148791861            | <b>Fecha / Hora:</b>        | 26/06/2023 7.41 AM |

|                       |                |                             |                             |                         |                              |
|-----------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------------|
| <b>Nit o C.C:</b>     | 1061777379     | <b>Apellidos y Nombres:</b> | RIVERA VALENCIA TANIA MABEL | <b>C. Costo:</b>        | 110401, UCI ADULTO INTENSIVA |
| <b>Sueldo básico:</b> | \$ 0           | <b>C.O:</b>                 | 001, PRINCIPAL              | <b>Tipo de Cuenta:</b>  | Ahorro                       |
| <b>Cargo:</b>         | FISIOTERAPEUTA | <b>Entidad Financiera:</b>  | 13, BBVA COLOMBIA           | <b>Nro cta ahorros:</b> | 726382088                    |

| Concepto | Descripción                 | Cant/Horas | Vlr devengo | Vlr deducción | Valor total | Descontado | Saldo |
|----------|-----------------------------|------------|-------------|---------------|-------------|------------|-------|
| 001      | SUELDO BASICO               | 240,00     | 1.700.000   | 0             |             |            |       |
| 008      | AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE |            | 140.606     | 0             |             |            |       |
| 010      | RECARGO NOCTURNO ORDINARIO  | 61,00      | 151.229     | 0             |             |            |       |
| 011      | RECARGO DOMINICAL O FESTIVO | 31,00      | 164.688     | 0             |             |            |       |
| 012      | RECARGO NOCTURNO DOMINICA O | 9,00       | 70.125      | 0             |             |            |       |
| 013      | HORA EXTRA DIA ORDINARIO    | 4,00       | 35.417      | 0             |             |            |       |
| 015      | HORA EXTRA DIA FESTIVO      | 7,00       | 99.167      | 0             |             |            |       |
| 016      | HORA EXTRA NOCTURNA         | 1,00       | 17.708      | 0             |             |            |       |
| 510      | APORTES SALUD EPS EMPLEADO  |            | 0           | 89.533        |             |            |       |
| 515      | APORTES PENSION EMPLEADO    |            | 0           | 89.533        |             |            |       |
| 524      | DTO POR LLEGADA TARDE       |            | 0           | 28.333        |             |            |       |
| 525      | DESCUENTO AUTORIZADO        |            | 0           | 20.000        |             |            |       |

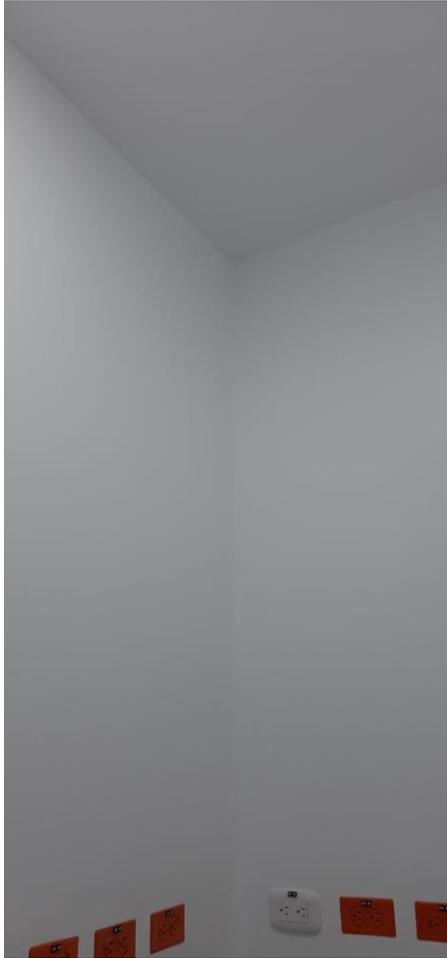
|                  |                     |                 |                       |                             |                    |
|------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------|
| <b>Página</b>    | 2                   | <b>Email:</b>   | tan.mrivera@gmail.com | <b>Comprobante de Pago:</b> | NM : 15            |
| <b>Dirección</b> | CORRALITO DE PIEDRA | <b>Teléfono</b> | 3148791861            | <b>Fecha / Hora:</b>        | 26/06/2023 7.41 AM |

|                       |                |                             |                             |                         |                              |
|-----------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------------|
| <b>Nit o C.C:</b>     | 1061777379     | <b>Apellidos y Nombres:</b> | RIVERA VALENCIA TANIA MABEL | <b>C. Costo:</b>        | 110401, UCI ADULTO INTENSIVA |
| <b>Sueldo básico:</b> | \$ 0           | <b>C.O:</b>                 | 001, PRINCIPAL              | <b>Tipo de Cuenta:</b>  | Ahorro                       |
| <b>Cargo:</b>         | FISIOTERAPEUTA | <b>Entidad Financiera:</b>  | 13, BBVA COLOMBIA           | <b>Nro cta ahorros:</b> | 726382088                    |

| Concepto Descripción | Cant/Horas | Vlr devengo  | Vlr deducción | Valor total | Descontado | Saldo |
|----------------------|------------|--------------|---------------|-------------|------------|-------|
| Totales              | 353,00     | \$ 2.378.940 | \$ 227.399    |             |            |       |
| Neto a pagar:        |            | \$ 2.151.541 |               |             |            |       |

ZONA DE CUARTO DE EQUIPOS EQUIPOS, DEPOSITO TEMPORAL DE RESIDUOS, TRABAJO SUCIO SIN VIGILANCIA DE CAMARAS.





PUERTA QUE DA SALIDA A LA PARTE TRASERA DE LA UNIDAD DESDE EL CUARTO DE DEPOSITO TEMPORAL DE RESIDUOS LA CUAL INCLUSO DESPUES DEL HURTO DEL VENTILADOR SE ENCONTRO EN REITERADAS OCASIONES ABIERTA.



Puerto Asís Putumayo, 21 de febrero de 2023

Señora:

**TANIA MABEL RIVERA VALENCIA**

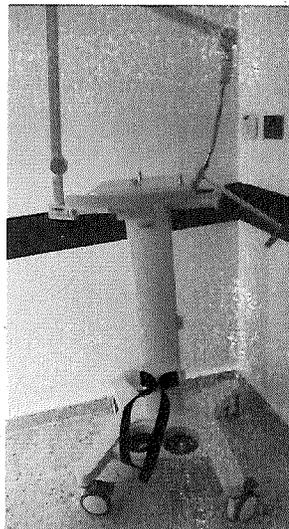
Fisioterapeuta

HACP

**Asunto: NOTIFICACION APERTURA PROCESO DISCIPLINARIO Y CITACIÓN A ABSOLVER DILIGENCIA DE DESCARGOS**

Por medio del presente escrito, y de conformidad con lo contenido en el REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, le informo sobre la apertura de proceso disciplinario laboral, por lo cual se procede a citarlo para el martes 21 de febrero de 2023 a las 02:30 p.m., en la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Alta Complejidad del Putumayo, con el fin de que absuelva a una diligencia de descargos, la cual versará sobre los hechos puestos en conocimiento y los cuales se describen a continuación:

1. El día 20 de enero a las 7:30 a.m. se procede a realizar inventario general de los activos de la institución; en el área de UCI INTERMEDIOS los biomédicos junto con el personal de activos fijos se percatan que uno de los ventiladores mecánicos asignado a ese servicio no se encontraba, por lo cual se procede con la respectiva investigación con el fin de identificar si se había prestado a otro servicio sin autorización, pero finalmente no fue encontrado.
2. Se indaga a las fisioterapeutas del servicio sobre lo sucedido y manifiestan: *"El martes 14 de febrero a las 2 de la mañana la fisioterapeuta Tania Rivera entra al cuarto de Equipos y enciende la luz, según su testimonio los ventiladores estaban completos; en el turno de las 10 de la noche la fisioterapeuta Carci Orozco saliendo de turno le notifica a la fisioterapeuta Adriana Guevara que el ventilador mecánico no está, sin embargo, no reportan a ninguna área la falta de este equipo."*



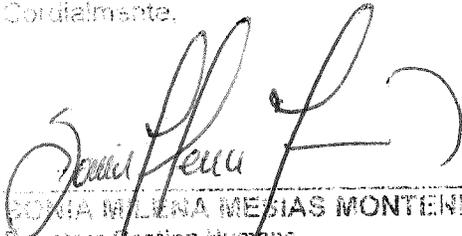
Elaboró: Natalia Andrea García Cumbe  
Asesora Jurídica

*¡Tu salud nuestro compromiso!*  
Carrera 48 No 10-29 B/Ciudad Leguizamo  
Facebook: hacputumayo  
Puerto Asís - Putumayo

Lo anterior, teniendo en cuenta lo dispuesto en el REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, artículo 100, "FALTAS GRAVES Y JUSTAS CAUSAS DE TERMINACION UNILATERAL DEL CONTRATO DE TRABAJO" numeral 27 "Todo descuido en el trabajo que afecte o pueda afectar la seguridad de las personas, de las máquinas, de los equipos, materiales de trabajo o de las instalaciones." y numeral 68, "Todo trabajador que tenga funciones de supervisión y no dé aviso previo por escrito a su superior jerárquico cada vez que se presente una actividad, hecho u omisión que pueda ser considerado como falta", iniciamos proceso disciplinario.

Por lo anterior, se le solicita presentarse en el día y hora atrás señalados con el fin de garantizarle el ejercicio de sus derechos a la defensa y de contradicción dentro del marco del debido proceso, así mismo, se le informa que a la presente diligencia puede aportar y/o solicitar las pruebas que estime convenientes y solicitar aquellas que sean conducentes y pertinentes, y si lo considera, puede estar acompañado por un compañero de trabajo.

Cordialmente,

  
SONIA MILENA MEJÍAS MONTENEGRO  
Directora Gestión Humana  
Hospital de Alta Complejidad del Putumayo

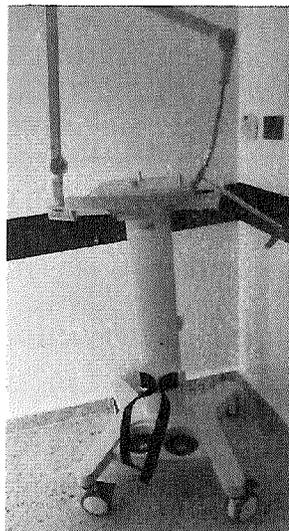
|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| RECIBIDO               |                     |
| Firma                  | <u>Tania Rivera</u> |
| Nombre, Cedula y Fecha | _____               |

Elaboró: Natalia Andrea García Cumbe  
Asesora Jurídica

## ACTA DE DESCARGOS

En el municipio Puerto Asís, siendo las 07:19 a.m. del día veintidós (22) de febrero de 2023, se hizo presente en la Oficina de Asesoría Jurídica de HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC, **TANIA MABEL RIVERA VALENCIA** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.061.777.379 de Popayán (C), quien se desempeña en el cargo de Fisioterapeuta del HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S. ZOMAC, con el fin de adelantar diligencia de descargos a la cual fue citada mediante oficio de fecha 21 de enero de 2023 a las 02:00 p.m., por hechos según los cuales presuntamente se incurrió en una conducta prohibida, así como en un presunto incumplimiento de sus deberes y/u obligaciones cómo se relaciona a continuación:

1. El día 20 de enero a las 7:30 a.m. se procede a realizar inventario general de los activos de la institución; en el área de UCI INTERMEDIOS los biomédicos junto con el personal de activos fijos se percatan que uno de los ventiladores mecánicos asignado a ese servicio no se encontraba, por lo cual se procede con la respectiva investigación con el fin de identificar si se había prestado a otro servicio sin autorización, pero finalmente no fue encontrado.
2. Se indaga a las fisioterapeutas del servicio sobre lo sucedido y manifiestan: *"El martes 14 de febrero a las 2 de la mañana la fisioterapeuta Tania Rivera entra al cuarto de Equipos y enciende la luz, según su testimonio los ventiladores estaban completos; en el turno de las 10 de la noche la fisioterapeuta Carol Orozco saliendo de turno le notifica a la fisioterapeuta Adriana Guevara que el ventilador mecánico no está, sin embargo, no reportan a ninguna área la falta de este equipo."*



Una vez informados los motivos por los cuales se le citó a absolver la presente diligencia, acto seguido, la fisioterapeuta **TANIA MABEL RIVERA VALENCIA** dio respuesta a las siguientes preguntas:

*¡Tu salud nuestro compromiso!*  
Carrera 48 No 10-29 B/Ciudad Leguizamo  
Correo Institucional: [juridica@hacputumayo.com.co](mailto:juridica@hacputumayo.com.co)

*Tania Rivera*

**PREGUNTADO:** ¿Informe cuál es su cargo como colaboradora del HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO y desde cuándo se encuentra prestando sus servicios en esta Institución?

**CONTESTADO:** Soy fisioterapeuta y me encuentro en la institución desde el 25 de junio de 2019.

**PREGUNTADO:** ¿Cuáles son las funciones que desarrolla y que servicio esta asignada?

**CONTESTADO:** En este momento estoy asignada a la UCI Intermedios y mi rol como tal es realizar terapias físicas y respiratorias en el área de la uci, en hospitalización y en urgencias.

**PREGUNTADO:** ¿Conoce usted los motivos por los cuales fue citada a rendir esta diligencia de descargos?

**CONTESTADO:** Si.

**PREGUNTADO:** ¿Que tiene para manifestar al respecto?

**CONTESTADO:** En realidad lo que se no es mucho, llevo en el servicio este mes de febrero, estaba aprendiendo porque nunca había salido de la UCI Principal, desde que llegue, es responsabilidad nuestra, porque nunca contamos los ventiladores, si me habían dicho los números de ventiladores que habían era 4 menos uno que estaba en reparación es decir, quedábamos con 3, ya sabía el lugar donde se guardaban, pero no hacíamos revisión todos los días de cuantos ventiladores teníamos, no tenía conocimiento de la puerta de atrás que había hasta el lunes que me entere de la pérdida del ventilador, yo le comenté a mi líder de lo que me había dicho la jefe Paola, comenzamos a indagar sobre la ubicación del ventilador, entre mis compañeras comenzamos a hablarnos y CAROL me indica que en una entrega de turno con JAZMIN ella se da cuenta que no está, pero no lo reportaron; en dos ocasiones que ingrese al cuarto de los equipos a descansar la primer vez estoy segura que estaban los 3 ventiladores, no recuerdo exactamente la fecha y la segunda vez estaban también los 3 pero sinceramente no se que fechas fueron, igual no estuve mucho tiempo porque estaba haciendo mucho frio y me salí otra vez, fecha probable de estos días 08 y el 09 de febrero.

**PREGUNTADO:** ¿Quién se encarga del uso de los ventiladores mecánicos en el servicio de la UCI INTERMEDIO?

**CONTESTADO:** Fisioterapeutas.

**PREGUNTADO:** ¿Cuánto ventiladores mecánicos están asignados al servicio de uci intermedios?

**CONTESTADO:** Cuando yo inicie habían 4 pero uno estaba para mantenimiento es decir 3.

**PREGUNTADO:** ¿Los ventiladores estaban enumerados?

**CONTESTADO:** Tienen un código interno del Hospital.



**PREGUNTADO:** ¿Había escuchado algo sobre el faltante de un ventilador o usted se había percatado?

**CONTESTADO:** No me había percatado y el 20 se lo escuche a la jefe Paola.

**PREGUNTADO:** ¿Por qué no reporto sobre la pérdida del ventilador todo este tiempo?

**CONTESTADO:** Porque no me había percatado si no hasta el 20.

**PREGUNTADO:** ¿Vio algo sospechoso dentro de la uci intermedios que la llevara a pensar sobre un posible hurto del ventilador?

**CONTESTADO:** No, la verdad no.

**PREGUNTADO:** ¿Durante este tiempo vio personal que ingreso al servicio de uci intermedio y que no estuviera asignado a este servicio?

**CONTESTADO:** No, hay mucha gente que trabaja acá y uno los ve uniformado y asume que trabaja acá.

**PREGUNTADO:** ¿Tiene conocimiento del valor económico de este ventilador mecánico extraviado?

**CONTESTADO:** No.

**PREGUNTADO:** ¿Cómo es el ingreso a la UCI INTERMEDIOS?

**CONTESTADO:** Es con huella, pero a mi me hacen el favor de abrirme porque no tengo huella.

**PREGUNTADO:** ¿Cómo es el acceso o salida, por el cuarto de residuos?

**CONTESTADO:** No.

**PREGUNTADO:** ¿Hace revisión de los equipos que están a cargo de sus funciones?

**CONTESTADO:** Se supone que lo debemos hacer, pero lo hacemos solo cuando lo necesitamos.

**PREGUNTADO:** ¿Cuándo supone usted que se perdió el ventilador mecánico?

**CONTESTADO:** No tengo conocimiento.

**PREGUNTADO:** ¿Tiene algo más que manifestar?

**CONTESTADO:** No.

*¡Tu salud nuestro compromiso!*

Carrera 48 No 10-29 B/Ciudad Leguizamo

Correo Institucional: [juridica@hacputumayo.com.co](mailto:juridica@hacputumayo.com.co)



Hospital de Alta Complejidad  
**del PUTUMAYO**  
Tu salud, nuestro compromiso

Por parte del funcionario:

*Tania Rivera*

**TANIA MABEL RIVERA VALENCIA**  
C.C. No. 1.061.777.379 de Popayán  
Fisioterapeuta

Por Parte del empleador

*Natalia Garcia C.*

**NATALIA ANDREA GARCIA C.**  
C.C. No. 1.075.293.344 de Neiva  
Asesora Jurídica

*¡Tu salud nuestro compromiso!*  
Carrera 48 No 10-29 B/Ciudad Leguizamo  
Correo Institucional: [juridica@hacputumayo.com.co](mailto:juridica@hacputumayo.com.co)



**GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

Código: GT-GI-FT-019

Fecha: 23/02/2021

**FORMATO DE PERFIL DE CARGO Y DESCRIPTIVO DE FUNCIONES**

Versión: 01

Página: 1 de 6

**1. IDENTIFICACIÓN DEL CARGO**

|                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| NOMBRE DEL CARGO:         | FISIOTERAPEUTA             |
| NIVEL DEL CARGO:          | PROFESIONAL                |
| LOCALIZACIÓN/ CIUDAD:     | PUERTO ASÍS                |
| ÁREA:                     | DIRECCIÓN MEDICA           |
| CARGO SUPERIOR INMEDIATO: | LIDER DE APOYO TERAPEUTICO |
| FECHA ACTUALIZACIÓN:      | 16/02/2023                 |

**2. PROPOSITO DEL CARGO**

Administrar y gestionar los recursos de la Institución para garantizar el apoyo diagnóstico y complementario terapéutico integral a la prestación del servicio asistencial con la adecuada y oportuna gestión para la seguridad de nuestros pacientes.

**3. RESPONSABILIDADES**

**3.1. GENERALES**

|                                                                                                                                                                                                                                                              | Ciclo (PHVA) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Responder y vigilar por el buen estado y seguridad de los elementos, equipos, dotaciones y demás implementos que le sean asignados y hacer entrega formal de ellos en el momento que sea removido o trasladado de su cargo                                   | H            |
| Cumplir las políticas de la institución referentes a presentación personal, porte de carné, puntualidad, uso de saludo institucional con todos los usuarios.                                                                                                 | A            |
| Mantener actualizados los requisitos normativos para el ejercicio de sus labores dentro de la institución atendiendo los requerimientos de la norma de habilitación de los servicios de salud.                                                               | P            |
| Asistir a todas las capacitaciones programadas por la Institución, teniendo en cuenta que estas son las que le permitan adquirir mas competencias para el desempeño de sus labores.                                                                          | H            |
| Cumplir con las directrices institucionales establecidas en los Procesos, procedimientos, Manuales, instructivos, reglamentos, formatos y circulares que orienten la operación, y todo aquello que se encuentra descrito en el Reglamento Interno de Trabajo | P            |
| Mantener limpio y ordenado el lugar de trabajo.                                                                                                                                                                                                              | H            |
| Hacer uso racional de los recursos suministrados por la institución de acuerdo a la política de gestión ambiental.                                                                                                                                           | P            |
| Informar de manera inmediata cuando se presente una incapacidad, y hacer llegar el documento físico al área de gestión humana en un lapso no mayor a 2 días posterior a la generación de la misma.                                                           | H            |
| Velar por mantener y mejorar la imagen de la institución y las relaciones con los clientes internos y externos con los cuales tiene contacto en razón del desempeño de su cargo.                                                                             | P            |
| Mantener la confidencialidad de la información que maneja a razón del desempeño de su cargo.                                                                                                                                                                 | P            |
| Participar en los diferentes eventos de capacitación, formación, culturales, deportivos, recreativos y de integración programados por la institución                                                                                                         | H            |
| Dar respuesta oportuna frente a la no conformidad de los llamados al cumplimiento.                                                                                                                                                                           | A            |
| Cumplir con el ciclo planear, hacer, verificar y actuar en el marco del desempeño del rol y responsabilidades asignadas                                                                                                                                      | V            |
| Hacer uso oportuno y adecuado de los medios formales de comunicación definidos por la Institución.                                                                                                                                                           | H            |

**3.2. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**

|                                                                                                                                                                                                                            | Ciclo (PHVA) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Apoyar al líder de proceso a fin de cumplir con las actividades definidas en los planes del área                                                                                                                           | P            |
| Conocer y actualizarse permanentemente de los cambios en las directrices de operación definidos en las actualizaciones de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad                                                 | P            |
| Participar activamente en la actualización en el Sistema de Gestión de Calidad de todos los documentos que soportan los procesos en los que participa (procedimientos, manuales, instructivos, reglamentos, formatos etc.) | H            |
| Participar activamente en los procesos de planeación y priorización de actividades relacionados con los procesos en los cuales participa.                                                                                  | P            |
| Hacer autocontrol a los aspectos críticos en los que participa y que contribuyen a la obtención del resultado del proceso.                                                                                                 | P            |
| Diligenciar todos los documentos de gestión de calidad del área, velando por la correcta de manera adecuada y legible.                                                                                                     | H            |

|                                                                                   |                                                              |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------|
|  | <b>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</b>                            | Código: GT-GI-FT-019 |
|                                                                                   | <b>FORMATO DE PERFIL DE CARGO Y DESCRIPTIVO DE FUNCIONES</b> | Fecha: 23/02/2021    |
| Versión: 01                                                                       |                                                              |                      |
| Página: 1 de 6                                                                    |                                                              |                      |

| <b>3.3. SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>                                                                                                                                | <b>Ciclo (PHVA)</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Reportar las condiciones de salud, al área de SST para tomar las medidas correspondientes.                                                                                            | H                   |
| Conocer y tener clara la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.                                                                                                                 | P                   |
| Procurar el cuidado integral de su salud.                                                                                                                                             | P                   |
| Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud.                                                                                                             | H                   |
| Participar en la prevención de riesgos laborales mediante las actividades que se realicen en la institución.                                                                          | P                   |
| Cumplir con las normas de seguridad e higiene propias de la institución                                                                                                               | P                   |
| Informar de manera inmediata de los incidentes y accidentes laborales para el seguimiento propio del área de SST                                                                      | A                   |
| Informar de manera inmediata al ocurrir de un accidente laboral para el seguimiento propio del área de SST                                                                            | A                   |
| Aplicar los principios y normativa del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su descriptiva. | H                   |
| Seguir procedimientos seguros para su protección, la de sus compañeros y de la organización en general.                                                                               | H                   |
| Utilizar de manera adecuada los elementos de protección personal que le son entregados de acuerdo al área y labor a desempeñar.                                                       | H                   |
| Seguir las indicaciones de trabajo seguro, a través de la aplicación de los debidos procedimientos que se tienen descritos para cada una de las funciones a desarrollar.              | P                   |
| Cumplir con las recomendaciones ocupacionales emitidas por el médico ocupacional tratante.                                                                                            | H                   |
| Participar activamente en las actividades de capacitación del sistema Seguridad y Salud en el Trabajo                                                                                 | P                   |
| Participar y contribuir en el cumplimiento de los objetivos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.                                                                | P                   |

| <b>4. FUNCIONES</b>                                                                                                                       | <b>PERIODICIDAD</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Realizar acompañamiento en la revista médica con médico de servicios y especialistas                                                      | DIARIA              |
| Acudir al llamado y dar cumplimiento a las órdenes médicas de manera oportuna.                                                            | DIARIA              |
| Presentarse al paciente en cada intervención e informar sobre la evolución terapéutica lograda con la terapia                             | DIARIA              |
| Informar al médico tratante sobre los hallazgos encontrados en la intervención o exámenes realizados al paciente                          | DIARIA              |
| Revisar plan terapéutico de cada paciente para verificar la indicación de terapia física, respiratoria y componentes relacionados         | DIARIA              |
| Realizar las intervenciones terapéuticas pertinentes, cumpliendo sus metas y objetivos frente a la seguridad de los pacientes.            | DIARIA              |
| Realizar las funciones propias como fisioterapeuta/ terapeuta respiratorio en el área correspondiente.                                    | DIARIA              |
| Apoyo continuo frente al paciente en la creación de estrategias que optimicen el manejo terapéutico del mismo.                            | DIARIA              |
| Realizar Seguimiento continuo a cada uno de los pacientes para cumplir el objetivo de rehabilitación propuesta.                           | DIARIA              |
| Realizar la solicitud de insumos necesarios a cada paciente para el procedimiento oportuno descargándolo y facturando para evitar glosas. | DIARIA              |
| Realizar registros en el sistema, notas médicas, cobro de oxígenos, cobros de nebulizaciones y otros propios del área                     | DIARIA              |
| Procurar el cuidado integral de su salud.                                                                                                 | DIARIA              |
| Informar novedades sobre incidentes y eventos adversos, al igual que registrar alertas de seguridad y sospechas de IAAS                   | DIARIA              |
| Realizar un adecuado proceso de limpieza y desinfección de los equipos e insumos usados durante la intervención                           | DIARIA              |
| Realiza demás funciones sean asignadas por su jefe inmediato                                                                              | DIARIA              |

LA PERIODICIDAD PUEDE SER:

DIARIA  
SEMANAL

QUINCENAL  
MENSUAL

SEMESTRAL  
ANUAL

**5. ROL QUE DESEMPEÑA**

|                                           |                          |                              | DIA                  | MES                  | AÑO                  |
|-------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| LIDER DE PROCESO:                         | <input type="checkbox"/> | Fecha de asignación del Rol: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| BRIGADISTA:                               | <input type="checkbox"/> | Fecha de Asignación del Rol: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| MIEMBRO DE COPASST:                       | <input type="checkbox"/> | Fecha de Asignación del Rol: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| MIEMBRO DE COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL: | <input type="checkbox"/> | Fecha de Asignación del Rol: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| AUDITOR INTERNO DE CALIDAD:               | <input type="checkbox"/> | Fecha de Asignación del Rol: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**6. COMPETENCIA**

|                               |                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NIVEL EDUCATIVO:              | PROFESIONAL                                                                                                                                                                      |
| TITULO DE FORMACION:          | FISIOTERAPEUTA                                                                                                                                                                   |
| FORMACION COMPLEMENTARIA:     | SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO, ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL , ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES, AGENTES QUIMICOS, GESTIÓN DEL DUELO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. |
| REQUISITOS ADICIONALES:       |                                                                                                                                                                                  |
| EXPERIENCIA:                  | 6 MESES                                                                                                                                                                          |
| HABILIDADES:                  |                                                                                                                                                                                  |
| COMPETENCIAS INSTITUCIONALES: | Compromiso, solidaridad, cordialidad                                                                                                                                             |
| COMPETENCIAS DEL CARGO:       | Liderazgo, organización, planificación                                                                                                                                           |

**7. APROBACION**

Con la firma del presente documento se da a conocer las funciones, responsabilidades y competencia que tiene el ocupante del cargo en la Institución por parte de:

\_\_\_\_\_  
DIRECTOR DE TALENTO HUMANO

\_\_\_\_\_  
JEFE INMEDIATO

Con mi firma certifico que recibí, conozco y estoy de acuerdo con la descripción de cargo que ocupo:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL COLABORADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

|                                                                                                                                                                       |                                                              |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------|
|  Hospital de Alta Complejidad<br><b>del PUTUMAYO</b><br>Tu salud, nuestro compromiso | <b>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</b>                            | Código: GT-GI-FT-019 |
|                                                                                                                                                                       | <b>FORMATO DE PERFIL DE CARGO Y DESCRIPTIVO DE FUNCIONES</b> | Fecha: 23/02/2021    |
|                                                                                                                                                                       |                                                              | Versión: 01          |
|                                                                                                                                                                       |                                                              | Página: 5 de 6       |

**ANEXO 1 RESPONSABILIDADES DE COORDINADORES O LÍDERES DE PROCESOS**

|                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asegurarse de que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de la norma ISO 9001.                                                                        |
| Participar en la Revisión por la dirección, según lo establecido por el sistema de gestión de la calidad y la norma ISO 9001                                                      |
| Realizar el seguimiento a los procesos y a su desempeño                                                                                                                           |
| Participar en las auditorías internas del Sistema de gestión de la calidad                                                                                                        |
| Actualizar el proceso y los formatos que permiten el cumplimiento.                                                                                                                |
| Informar, en particular, a la Gerencia, sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y sobre las oportunidades de mejora.                                              |
| Realizar y sustentar el Informe de revisión por la dirección por proceso, según lo establecido por el sistema de gestión de la calidad y la norma ISO 9001                        |
| Asegurarse de que se promueve el enfoque al cliente en toda la organización y/o en el proceso;                                                                                    |
| Realizar la programación de vacaciones en conjunto con la dirección de Gestión Humana                                                                                             |
| Realizar la Inducción Específica a los nuevos colaboradores de la Institución que le son asignados a su área.                                                                     |
| Elaborar la Evaluación de desempeño del personal que se encuentra a su cargo una vez que la Dirección de gestión humana lo solicite.                                              |
| Elaborar la programación de capacitación para el personal de su área                                                                                                              |
| Verificar el cumplimiento del horario del personal que se encuentra bajo su liderazgo, e informar cualquier tipo de irregularidad al área de talento humano                       |
| Promover un ambiente agradable de trabajo entre los colaboradores que se encuentren bajo su liderazgo                                                                             |
| Realizar el informe de cualquier tipo de falta cometida por un colaborador, para que la Dirección de gestión humana se encargue de realizar el debido proceso disciplinario.      |
| Garantizar la participación activa de su equipo de trabajo en las sesiones de sensibilización, formación y apropiación del Sistema de Gestión en Seguridad y salud en el Trabajo. |
| Participar en la construcción y ejecución de planes de acción                                                                                                                     |
| Promover la comprensión de la política en los trabajadores                                                                                                                        |
| Participar en la investigación de los incidentes y accidentes de trabajo                                                                                                          |
| Participar en la actualización de la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos                                                                               |
| Verificar uso de EPP del personal a su cargo.                                                                                                                                     |

**ANEXO 2 RESPONSABILIDADES DE ACUERDO A ROLES ASIGNADOS**

**3.1. BRIGADISTAS**

Seleccionar el sitio donde va a estar ubicado el puesto de control

Realizar junto con los demás miembros de la brigada, simulacros de emergencia, buscando alcanzar una verdadera interacción y complementación a la hora de actuar

Actuar de forma rápida y oportuna en el momento que se informe de una emergencia

Reportar el material utilizado en la atención de la emergencia

Ayudar a restablecer lo más pronto el normal funcionamiento de la clínica después de una emergencia

Efectuar mantenimiento preventivo de los elementos entregados y verificar el inventario de estos

Realizar rondas de verificación de fechas de vencimiento de los extintores que se encuentran en la institución

Inspeccionar las áreas laborales para detectar las condiciones de riesgo que puedan ocasionar lesiones o poner en peligro la vida o salud de los trabajadores

**3.2. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL**

Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.

Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior del hospital.

Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos que dieron lugar a la queja.

Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.

Formular planes de mejora concertado entre las partes para contribuir, renovar y promover la convivencia laboral, garantizar en todos los casos el principio de confidencialidad.

Hacer seguimientos de los compromisos adquiridos por las partes involucradas en el lenguaje, verificando su cumplimiento de acuerdo con lo pactado

Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones.

Presentar a la alta dirección el informe anual de resultados de la gestión del comité y los informes requeridos por los organismos de control

Hacer seguimiento de las recomendaciones dadas por el comité a las dependencias de gestión humana y seguridad y salud en el trabajo.

**3.3. COPASST**

Actuar como instrumento de vigilancia para el cumplimiento del SGSST

Participar de las actividades de promoción, divulgación, e información sobre medicina, higiene y seguridad.

Visitar e inspeccionar periódicamente los lugares de trabajo

Proponer actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el trabajo

Colaborar en el análisis de las causas de accidentes e incidentes de trabajo dentro de las investigaciones que se realizan ante la ocurrencia de un evento

Estudiar y considerar las sugerencias de los trabajadores

Servir como organismo de coordinación entre empleador y los trabajadores

Apoyar la implementación de las medidas de prevención y control generadas de la gestión del cambio



Pioneros en Salud Ocupacional

NIT: 900.556.205-4

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL - INGRESO**

|                           |                  |      |           |                 |            |   |
|---------------------------|------------------|------|-----------|-----------------|------------|---|
| NOMBRE DE LA EMPRESA:     | CLINICA PUTUMAYO |      |           | FECHA:          | 06/11/2019 |   |
| <b>DATOS DEL PACIENTE</b> |                  |      |           |                 |            |   |
| NOMBRES                   | TANIA MABEL      |      | APELLIDOS | RIVERA VALENCIA |            |   |
| C.C. No.                  | 1061777379       | EDAD | 24 años   | SEXO            | MASCULINO  |   |
| CARGO                     | FISIOTERAPEUTA   |      | CELULAR   | 3148791861      | FEMENINO   | X |

|                                                                                                         |              |             |                    |      |         |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|--------------------|------|---------|---|
| <b>DIAGNOSTICO (S)</b>                                                                                  |              |             |                    |      |         |   |
| OPTOMETRIA                                                                                              | ESPIROMETRIA | AUDIOMETRIA | ELECTROCARDIOGRAMA |      |         |   |
| VALORACION MÉDICA OCUPACIONAL: (Sistema locomotor y espalda)                                            |              |             |                    |      |         | X |
| EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO:                                                                          |              |             |                    |      |         |   |
| EXAMEN PSICOTÉCNICO:                                                                                    | APTO         | NO APTO     | TRABAJO EN ALTURAS | APTO | NO APTO |   |
| OTROS: ALCOHOL ETÍLICO EN SALIVA                                                                        |              |             |                    |      |         |   |
| DROGRAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA, BENZODIACEPINAS, ANFETAMINAS, MORFINA, FENCICLIDINA,TCA,MOMA,MTO) |              |             |                    |      |         |   |

**RESULTADOS DE VALORACION**

- 1. APTO SIN RESTRICCIONES
- 2. APTO CON RESTRICCIONES
- 3. NO APTO

4. APTO CON RECOMENDACIONES

5. IMC

6. ALCOHOL EN SALIVA

7. DROGRAS DE ABUSO

RH **O+**

POSITIVO

NEGATIVO

POSITIVO

NEGATIVO

**RESTRICCIONES**

**RECOMENDACIONES**

se conceptua en base a examen osteomuscular , apto para el cargo , higiene postural , pausas activas de 10 minutos , manipulacion adecuada de cargas , uso de EPP segun el riesgo , uso de elementos de bioseguridad habitos saludables

Ana Cristina Molina A  
MÉDICO GENERAL R.M. 861173  
ESPECIALISTA EST LIC. 042

FIRMA DEL MEDICO  
REG. MEDICO

*Tania Rivera*

FIRMA DEL TRABAJADOR  
C.C. 1061777379

|                                                                                   |                                                 |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------|
|  | <b>FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES</b>    | CODIGO: AS-F-11   |
|                                                                                   | <i>Comfamiliar Putumayo</i><br>N° 891.200.337-8 | FECHA: 1 NOV 2018 |
|                                                                                   | <b>APORTES Y SUBSIDIOS</b>                      | VERSIÓN: 6        |

| DATOS DE LA EMPRESA               |                            |                  |                      |                 |
|-----------------------------------|----------------------------|------------------|----------------------|-----------------|
| Empleador                         | Dirección                  | Nit. ó C.C.      | H. Laboradas por Día | Salario Mensual |
| 1. <i>Comfamiliar Putumayo SA</i> | <i>DL Ciudad Leguizamo</i> | <i>101241807</i> | <i>8</i>             | <i>700.000</i>  |

| INFORMACION DE OTRA EMPRESA DONDE LABORA |  |  |  |  |
|------------------------------------------|--|--|--|--|
| 2.                                       |  |  |  |  |

| DATOS DEL TRABAJADOR                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                    |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| 1er. Apellido                                                                                                | 2do. Apellido                                                                                                                                                                                                                                                 | Nombres                                                 | C.C. TI PAS OTRO   | Fecha de Nacimiento |
| <i>Renner</i>                                                                                                | <i>Valencia</i>                                                                                                                                                                                                                                               | <i>Renner</i>                                           | <i>10061777301</i> | <i>(MM/DD/AAAA)</i> |
| <b>ESTADO CIVIL</b>                                                                                          | <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | Dirección de residencia: <i>Calle 11 Carrera 17</i>     |                    |                     |
| <b>SECTOR</b>                                                                                                | Fecha de ingreso a la empresa: <i>(MM/DD/AAAA)</i>                                                                                                                                                                                                            | Teléfonos: <i>3142379661</i>                            |                    |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urbano<br><input type="checkbox"/> Rural                                 | Municipio donde Labora: <i>Putumayo</i>                                                                                                                                                                                                                       | Correo Electronico: <i>renner.valencia@comfaput.com</i> |                    |                     |
| <b>TRABAJADOR DEL SECTOR AGROPECUARIO</b> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                    |                     |

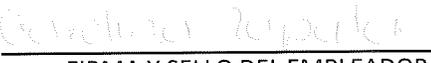
| DATOS DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL      |               |         |                     |                                                         |
|-----------------------------------------------------|---------------|---------|---------------------|---------------------------------------------------------|
| 1er. Apellido                                       | 2do. Apellido | Nombres | C.C. TI PAS OTRO    | Teléfono                                                |
|                                                     |               |         |                     |                                                         |
| Razón Social de la Empresa donde trabaja el Cónyuge | Ocupación     | Salario | Fecha de Nacimiento | Recibe Subsidio                                         |
|                                                     |               |         | <i>(MM/DD/AAAA)</i> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| INSCRIPCIÓN O ADICIÓN DE PERSONAS A CARGO                                                         |                                                                                             |               |         |                     |     |     |                        |            |          |         |        |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|---------------------|-----|-----|------------------------|------------|----------|---------|--------|--------------|
| Numero de Identificación<br>(Cédula de Ciudadanía, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro civil) | Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador |               |         | Fecha de Nacimiento |     |     | Certificado de estudio | Parentesco |          |         |        | Discapacidad |
|                                                                                                   | 1er. Apellido                                                                               | 2do. Apellido | Nombres | Día                 | Mes | Año |                        | Hijo       | Hijastro | Hermano | Padres |              |
|                                                                                                   |                                                                                             |               |         |                     |     |     |                        |            |          |         |        |              |
|                                                                                                   |                                                                                             |               |         |                     |     |     |                        |            |          |         |        |              |
|                                                                                                   |                                                                                             |               |         |                     |     |     |                        |            |          |         |        |              |
|                                                                                                   |                                                                                             |               |         |                     |     |     |                        |            |          |         |        |              |
|                                                                                                   |                                                                                             |               |         |                     |     |     |                        |            |          |         |        |              |
|                                                                                                   |                                                                                             |               |         |                     |     |     |                        |            |          |         |        |              |

|                                  |                                                                                                                   |                                    |  |  |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| AUTORIZAR CONSIGNACIÓN EN CUENTA | Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta |                                    |  |  |
|                                  | Cuenta No : _____                                                                                                 | Entidad Bancaria: _____            |  |  |
|                                  | Titular de la cuenta : _____                                                                                      | Identificación del titular : _____ |  |  |

**DECLARACION:** Declaramos que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Putumayo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar la modificación de los datos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la Caja de Compensación o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la ley 21 de 1982.

Autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informado(a) a Comfamiliar Putumayo para realizar el tratamiento de mis datos personales suministrados a la Caja en virtud de la función que le compete, conforme a los terminos dispuestos en la Ley 1581 de 2012 y en el decreto 1377 de 2013.

|                                                                                                                           |  |                                                                                                                    |  |                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR</b> |  | <br><b>FIRMA DEL TRABAJADOR</b> |  | <br><b>FECHA APORTES Y SUBSIDIO</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                       |
|-----------------------|
| <b>OBSERVACIONES:</b> |
|                       |
|                       |

**FUNCIONARIO EMSSANAR:**

Para dar cumplimiento a la circular conjunta externa 016 de 2013 (mayo 15), Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario aplicar el siguiente cuestionario como soporte de entrega de la presente Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño.

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? SI  NO

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? SI  NO

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? SI  NO

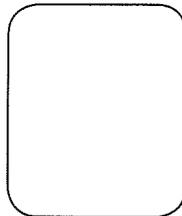
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? SI  NO

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? SI  NO

En constancia se firma el día 07, mes NOV, año 2019

Municipio Pto ASIS Departamento Putumayo

Tania Rivera  
Firma afiliado



ó Huella afiliado

**Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.**

\_\_\_\_\_  
Firma a ruego

Nombre: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**FUNCIONARIO EMSSANAR**

**Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.**



Contratista

55  
FV



EMSSANAR S.A.S.  
Registro en Cámara de Comercio No. 15233 libro IX, Octubre 24 de 2016  
Nit. 901 021 565 - 8

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| No. de Radicación | Fecha de Radicación |
|                   | 02082019            |

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Tipo de Trámite                                                                                                                      | 2. Tipo de Afiliación                                                                                                                                                                                                                                         | 3. Régimen                                                                                    |
| A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>                                      | A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/><br>-Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> | A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidiado <input type="checkbox"/> |
| 4. Tipo de afiliado                                                                                                                     | 5. Tipo de cotizante                                                                                                                                                                                                                                          | Código (a registrar por la EPS)                                                               |
| A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> | A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>                                                                                                                           |                                                                                               |

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

|                                   |                                      |                                                                                 |                         |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 6. Apellidos y nombres            | A. AFILIACIÓN                        |                                                                                 |                         |
| Primer apellido: Rivera           | Segundo apellido: Valencia           | Primer nombre: Tania                                                            | Segundo nombre: Mabel   |
| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo                                                                         | 10. Fecha de nacimiento |
| <input type="checkbox"/>          | 1061777379                           | Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | 02021995                |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|                                              |                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                 |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 11. Etnia                                    | 12. Discapacidad                                                                                                                                                                                        | 13. Puntaje SISBÉN                  | 14. Grupo de población especial |
|                                              | Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> |                                     |                                 |
| 15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL | 16. Administradora de Pensiones                                                                                                                                                                         | 17. Ingreso base de cotización -IBC |                                 |
| Positiva                                     | Positiva                                                                                                                                                                                                | 828116                              |                                 |
| 18. Residencia                               | Teléfono fijo                                                                                                                                                                                           |                                     | Correo electrónico              |
| Cra 28 10-33                                 | 3198191861                                                                                                                                                                                              |                                     | tan.mrnera@gmail.com            |
| Municipio/Distrito                           | Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>                                                                                                                                     | Localidad/Comuna                    | Departamento                    |
| puerto                                       |                                                                                                                                                                                                         |                                     | Rutimato                        |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

|                         |                                    |                                       |                                                                      |                         |
|-------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 19. Apellidos y nombres | 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo                                                             | 23. Fecha de nacimiento |
|                         |                                    |                                       | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |                         |

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

| 24. Apellidos y nombres |                  |               |                |
|-------------------------|------------------|---------------|----------------|
| Primer apellido         | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1                      |                  |               |                |
| B2                      |                  |               |                |
| B3                      |                  |               |                |
| B4                      |                  |               |                |
| B5                      |                  |               |                |

| 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo |           | 28. Fecha de nacimiento |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|-------------------------|
|                                    |                                       | Femenino | Masculino |                         |
| B1                                 |                                       |          |           |                         |
| B2                                 |                                       |          |           |                         |
| B3                                 |                                       |          |           |                         |
| B4                                 |                                       |          |           |                         |
| B5                                 |                                       |          |           |                         |

Datos complementarios

| 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad |   |   |           |   |  |
|----------------|-----------|------------------|---|---|-----------|---|--|
|                |           | Tipo             |   |   | Condición |   |  |
|                |           | F                | N | M | T         | P |  |
| B1             |           |                  |   |   |           |   |  |
| B2             |           |                  |   |   |           |   |  |
| B3             |           |                  |   |   |           |   |  |
| B4             |           |                  |   |   |           |   |  |
| B5             |           |                  |   |   |           |   |  |

| 32. Datos de residencia |  | Zona   |       | Departamento | Teléfono Fijo y/ o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|-------------------------|--|--------|-------|--------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Municipio/Distrito      |  | Urbana | Rural |              |                            |                                                                     |
| B1                      |  |        |       |              |                            |                                                                     |
| B2                      |  |        |       |              |                            |                                                                     |
| B3                      |  |        |       |              |                            |                                                                     |
| B4                      |  |        |       |              |                            |                                                                     |
| B5                      |  |        |       |              |                            |                                                                     |

Selección de la IPS Primaria

| 34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| C                                                                   |                                           |
| B                                                                   |                                           |
| B                                                                   |                                           |
| B                                                                   |                                           |

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

|                           |                                         |                                            |                                                                     |
|---------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Numero del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones ( a registrar por la EPS) |
|                           |                                         |                                            |                                                                     |
| 39. Ubicación             |                                         |                                            |                                                                     |
| Dirección                 | Teléfono                                | Correo electrónico                         | Municipio/Distrito                                                  |
|                           |                                         |                                            | Departamento                                                        |

**FUNCIONARIO EMSSANAR:**

Para dar cumplimiento a la circular conjunta externa 016 de 2013 (mayo 15), Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, es necesario aplicar el siguiente cuestionario como soporte de entrega de la presente Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño.

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? SI  NO

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? SI  NO

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? SI  NO

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? SI  NO

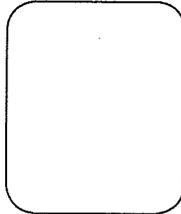
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? SI  NO

En constancia se firma el día 28, mes 08, año 2029

Municipio PISAQO Departamento PUNAMA

Ahanki Rivera

Firma afiliado



ó Huella afiliado

**Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento de este formato lo efectuará un tercero a quien él ruegue; lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de la imposición de su huella.**

Firma a ruego

Nombre: \_\_\_\_\_  
Identificación: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_

**FUNCIONARIO EMSSANAR**

**Este documento debe ser diligenciado con el afiliado al momento de recibir una Carta de Derechos; una vez diligenciado se debe almacenar en una carpeta y tener listo para presentación ante los entes de vigilancia y control.**





**POSITIVA  
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A  
NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora TANIA MABEL RIVERA VALENCIA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.061.777.379, trabajador de la empresa CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC está afiliada a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS con tipo de vinculación Dependiente desde el 07/11/2019 con riesgo 5 y a la fecha se encuentra ACTIVO.

Dada a los 06 días del mes de Noviembre de 2019.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



**HISTÓRICO DE NOVEDADES DEL TRABAJADOR**

|                                   |                                                     |                                 |                             |                    |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| <b>CONTRATO</b>                   | 1181070                                             |                                 |                             |                    |
| <b>RAZÓN SOCIAL</b>               | HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC |                                 |                             |                    |
| <b>IDENTIFICACIÓN</b>             | NI 901201887                                        |                                 |                             |                    |
| <b>Información del trabajador</b> |                                                     |                                 |                             |                    |
| <b>Identificación</b>             | CC 1061777379                                       | <b>Nombre</b>                   | RIVERA VALENCIA TANIA MABEL |                    |
| <b>Código Sede</b>                | 771250                                              | <b>Nombre Sede</b>              | CLINICA PUTUMAYO SAS ZOMAC  |                    |
| <b>Código Centro de trabajo</b>   | 771251                                              | <b>Nombre Centro de Trabajo</b> | PRINCIPAL                   |                    |
| <b>Cargo</b>                      | FISIOTERAPEUTA                                      | <b>Salario</b>                  | \$1.700.000                 |                    |
| <b>Eps</b>                        | Sin afiliación                                      | <b>Afp</b>                      | Porvenir                    |                    |
| <b>Listado de novedades</b>       |                                                     |                                 |                             |                    |
| <b>Radicado</b>                   | <b>Fecha</b>                                        | <b>Tipo de novedad</b>          | <b>Dato anterior</b>        | <b>Dato actual</b> |
| 80733993                          | 02/02/2022                                          | GENERACION DE CARNETS           |                             | C                  |
| 81072197                          | 28/02/2022                                          | MODALIDAD TRABAJADOR            | 2                           | A                  |
| 89250917                          | 22/02/2023                                          | RETIRO DE TRABAJADOR            | A                           | R                  |



EMSSANAR S.A.S.  
 Registro en Cámara de Comercio No.15233 libro IX, Octubre 24 de 2016  
 Nit. 901 021 565 - 8

No. de Radicación:   
 Fecha de Radicación: 07/11/2019

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite 2. Tipo de Afiliación 3. Régimen

A. Afiliación  B. Reporte de Novedades  A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia  -Beneficiario o afiliado adicional  A. Contributivo

B. Colectiva  C. Institucional  D. De oficio  B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado 5. Tipo de cotizante Codigo (a registrar por la EPS)

A. Cotizante  B. cabeza de familia  C. Beneficiario  A. Dependiente  B. Independiente  C. Pensionado

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

6. Apellidos y nombres 7. Tipo de documento de identidad 8. Número del documento de identidad 9. Sexo 10. Fecha de nacimiento

Rivera Valencia Tania Mabel

Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

1061777379 Femenino  Masculino  02/02/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia  12. Discapacidad Tipo  F  N  M Condición  T  P 13. Puntaje SISBÉN  14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL  Positiva 16. Administradora de Pensiones  Poneniv 17. Ingreso base de cotización - IBC 1400000

18. Residencia Edificio 125 Dirección 3148791861 Teléfono fijo Teléfono celular Correo electrónico putmayo

PK ASIS Municipio/Distrito Zona Urbana  Rural  Localidad/Comuna Putmayo Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad  21. Número del documento de identidad  22. Sexo Femenino  Masculino  23. Fecha de nacimiento

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

| 24. Apellidos y nombres |                  |               |                |
|-------------------------|------------------|---------------|----------------|
| Primer apellido         | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1                      |                  |               |                |
| B2                      |                  |               |                |
| B3                      |                  |               |                |
| B4                      |                  |               |                |
| B5                      |                  |               |                |

| 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo |           | 28. Fecha de nacimiento  |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|--------------------------|
|                                    |                                       | Femenino | Masculino |                          |
| B1                                 |                                       |          |           | <input type="checkbox"/> |
| B2                                 |                                       |          |           | <input type="checkbox"/> |
| B3                                 |                                       |          |           | <input type="checkbox"/> |
| B4                                 |                                       |          |           | <input type="checkbox"/> |
| B5                                 |                                       |          |           | <input type="checkbox"/> |

Datos complementarios

| 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | Tipo |   |   |   |   |
|----------------|-----------|------------------|------|---|---|---|---|
|                |           |                  | F    | N | M | T | P |
| B1             |           |                  |      |   |   |   |   |
| B2             |           |                  |      |   |   |   |   |
| B3             |           |                  |      |   |   |   |   |
| B4             |           |                  |      |   |   |   |   |
| B5             |           |                  |      |   |   |   |   |

| 32. Datos de residencia | Zona               |        | Departamento | Teléfono Fijo y/ o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|-------------------------|--------------------|--------|--------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|                         | Municipio/Distrito | Urbana |              |                            |                                                                     |
| B1                      |                    |        |              |                            |                                                                     |
| B2                      |                    |        |              |                            |                                                                     |
| B3                      |                    |        |              |                            |                                                                     |
| B4                      |                    |        |              |                            |                                                                     |
| B5                      |                    |        |              |                            |                                                                     |

Selección de la IPS Primaria

| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| C                                                                   |                                           |
| B                                                                   |                                           |
| B                                                                   |                                           |
| B                                                                   |                                           |

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

35. Nombre o razón social: Clínica Putmayo SAS 36. Tipo de documento de identificación: NIT 37. Numero del documento de identificación: 901201887 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación: B/Ciudad Leguizamo Dirección Teléfono Correo electrónico: PK ASIS Municipio/Distrito Putmayo Departamento

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. Tipo de Novedad

- |                                                                                                                     |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.                                        | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas     |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.                                          | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.                                               | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo                    |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado                                                              |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.<br>Código <input type="text"/>                 | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                            |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.                                                                | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen                                                               |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.                                                      |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 16. Reporte de trámite de protección al cedente.                                   |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de pre-pensionado.                                       |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.                                           |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

|                                                     |                                                        |                                                                           |                                                                         |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Primer apellido                                     | Segundo apellido                                       | Primer nombre                                                             | Segundo nombre                                                          |
| Tipo de documento de identidad <input type="text"/> | Número del documento de identidad <input type="text"/> | Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | Fecha de nacimiento <input type="text"/> 42. Fecha <input type="text"/> |

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado  
Código

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

*Tania Rivera*  
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

*Carolina Zapata*  
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:  CN  RC  TI  CC  PA  CE  CD  SC  
Cantidad:  Total:
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial al que declare la separación de cuerpos de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad del bebeficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

|                                                                                                                                        |                                                                                                                      |                                              |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 66. Identificación de la Entidad Territorial<br>Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/> | 67. Datos del SISBÉN<br>Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/> | 68. Fecha de radicación <input type="text"/> | 69. Fecha de validación <input type="text"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|

70. Datos del funcionario que realiza la validación

|                                                  |                                                        |                           |                |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------|
| Primer apellido                                  | Segundo apellido                                       | Primer nombre             | Segundo nombre |
| Tipo documento de identidad <input type="text"/> | Número del documento de identidad <input type="text"/> | 71. Firma del funcionario |                |

OBSERVACIONES: *fisioterapia*

*2019-NOVI-07*

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



CÁMARA DE COMERCIO DEL  
PUTUMAYO  
Por el Desarrollo Económico de la Región

**CAMARA DE COMERCIO DEL PUTUMAYO  
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC**

Fecha expedición: 2024/06/09 - 12:51:46 \*\*\*\* Recibo No. S000727073 \*\*\*\* Num. Operación. 99-USUPUBXX-20240609-0003

**CODIGO DE VERIFICACIÓN jY3DQK9rQW**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.**

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

**CERTIFICA**

**NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

**NOMBRE o RAZÓN SOCIAL:** HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC  
**ORGANIZACIÓN JURÍDICA:** SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA  
**CATEGORÍA :** PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL  
**NIT :** 901201887-7  
**ADMINISTRACIÓN DIAN :** PUERTO ASIS  
**DOMICILIO :** PUERTO ASIS

**MATRÍCULA - INSCRIPCIÓN**

**MATRÍCULA NO :** 68108  
**FECHA DE MATRÍCULA :** AGOSTO 02 DE 2018  
**ULTIMO AÑO RENOVADO :** 2024  
**FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA :** MARZO 08 DE 2024  
**ACTIVO TOTAL :** 239,294,042,272.00  
**GRUPO NIIF :** GRUPO II

**UBICACIÓN Y DATOS GENERALES**

**DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL :** CRA 48 N° 10-29  
**BARRIO :** CIUDAD LEGUIZAMO  
**MUNICIPIO / DOMICILIO:** 86568 - PUERTO ASIS  
**TELÉFONO COMERCIAL 1 :** 3017472928  
**TELÉFONO COMERCIAL 2 :** 3007835072  
**TELÉFONO COMERCIAL 3 :** 3168617425  
**CORREO ELECTRÓNICO No. 1 :** contabilidad@hacputumayo.com.co

**DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL :** CRA 48 N° 10-29  
**MUNICIPIO :** 86568 - PUERTO ASIS  
**BARRIO :** CIUDAD LEGUIZAMO  
**CORREO ELECTRÓNICO :** gerencia@hacputumayo.com.co

**NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : gerencia@hacputumayo.com.co

**CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA**

**ACTIVIDAD PRINCIPAL :** Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION  
**ACTIVIDAD SECUNDARIA :** N8211 - ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

**CERTIFICA - AFILIACIÓN**

**EL COMERCIANTE ES UN AFILIADO DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 12 DE LA LEY 1727 DE 2014.**



CÁMARA DE COMERCIO DEL  
PUTUMAYO  
Por el Desarrollo Económico de la Región

**CAMARA DE COMERCIO DEL PUTUMAYO  
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC**

Fecha expedición: 2024/06/09 - 12:51:46 \*\*\*\* Recibo No. S000727073 \*\*\*\* Num. Operación. 99-USUPUBXX-20240609-0003

**CODIGO DE VERIFICACIÓN jY3DQK9rQW**

**CERTIFICA - CONSTITUCIÓN**

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 01 DE JULIO DE 2018 DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 7394 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 02 DE AGOSTO DE 2018, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC.

**CERTIFICA - RELACION DE NOMBRES QUE HA TENIDO**

QUE LA PERSONA JURÍDICA HA TENIDO LOS SIGUIENTES NOMBRES O RAZONES SOCIALES

- 1) CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC  
Actual.) HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC

**CERTIFICA - CAMBIOS DE NOMBRE O RAZON SOCIAL**

POR ACTA NÚMERO 021 DEL 21 DE JUNIO DE 2022 SUSCRITO POR ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 11425 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 01 DE JULIO DE 2022, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE CLINICA PUTUMAYO S.A.S ZOMAC POR HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC

**CERTIFICA - REFORMAS**

| DOCUMENTO | FECHA    | PROCEDENCIA DOCUMENTO                  | INSCRIPCION            | FECHA    |
|-----------|----------|----------------------------------------|------------------------|----------|
| AC-011    | 20211213 | ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS | PUERTO ASIS RM09-10835 | 20211231 |
| AC-011    | 20211213 | ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA        | PUERTO ASIS RM09-10836 | 20211231 |
| AC-016    | 20220401 | ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS | PUERTO ASIS RM09-11187 | 20220426 |
| AC-021    | 20220621 | ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS | NEIVA RM09-11425       | 20220701 |

**CERTIFICA - VIGENCIA**

VIGENCIA: QUE EL TÉRMINO DE DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA ES INDEFINIDO.

**CERTIFICA - OBJETO SOCIAL**

OBJETO SOCIAL.- LA SOCIEDAD TIENE POR OBJETO PRINCIPAL EL DESARROLLO DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1). LA PRESTACIÓN DE TODA CLASE DE SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES, QUIRÚRGICOS, CLÍNICOS, FARMACÉUTICOS, EN TODAS SUS ESPECIALIDADES Y AQUELLOS SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA; 2). DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD, DE CUALQUIER NIVEL DE ATENCIÓN O COMPLEJIDAD, ENMARCADO EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL A TODA LA FAMILIA; 3). IMPLEMENTAR Y PONER A DISPOSICIÓN TODA LA TECNOLOGÍA REQUERIDA PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO DE TODAS LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS; 4). PRODUCIR, IMPORTAR O EXPORTAR DIRECTAMENTE O POR INTERPUESTA PERSONA TODO LO INSTRUMENTAL Y EQUIPOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS, ASÍ COMO DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS NECESARIOS; 5). LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS MEDICALIZADAS Y NO MEDICALIZADAS EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL; 6). PRESTAR SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA; 7). LA COMERCIALIZACIÓN DE RECURSOS MÉDICOS YA SEA POR SI SOLO EN CONVENIO CON CENTROS DOCENTES O UNIVERSIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS, USANDO PARA ELLO MEDIOS MECÁNICOS O ELECTRÓNICOS, SEMINARIOS O CONFERENCIAS Y EN GENERAL TODA CLASE DE INSTRUMENTOS Y ACTIVIDADES QUE EN EL CAMPO CIENTÍFICO DE LA MEDICINA PUEDA DESARROLLARSE; 8). LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DONDE SE UTILICEN MEDIOS ALTERNATIVOS NO TRADICIONALES. EN EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL LA SOCIEDAD PODRÁ: A). ADQUIRIR TODA CLASE DE VEHÍCULOS, BIEN SEA DE CONTADO O A CRÉDITO, ALQUILARLOS O RENTARLOS,



CÁMARA DE COMERCIO DEL  
PUTUMAYO  
Por el Desarrollo Económico de la Región

**CAMARA DE COMERCIO DEL PUTUMAYO  
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC**

Fecha expedición: 2024/06/09 - 12:51:46 \*\*\*\* Recibo No. S000727073 \*\*\*\* Num. Operación. 99-USUPUBXX-20240609-0003

**CODIGO DE VERIFICACIÓN jY3DQK9rQW**

CONTRATAR EMPRÉSTITOS CON EL FIN DE ADQUIRIR VEHÍCULOS, CONSTITUIR GARANTÍAS BIEN SEA REALES O PERSONALES PARA GARANTIZAR LOS PRÉSTAMOS QUE SE LE CONCEDAN PARA LA ADQUISICIÓN, REPARACIÓN, MANTENIMIENTO, ETC., DE LOS VEHÍCULOS DE SU PROPIEDAD Y EN GENERAL CELEBRAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS TENDIENTES AL CUMPLIMIENTO DE LOS FINES SOCIALES QUE PERSIGUE. B). ADQUIRIR, CONSERVAR, GRAVAR Y ENAJENAR TODA CLASE DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES QUE SEAN NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO SOCIAL, EXPLOTARLOS, ARRENDARLOS, ENAJENARLOS, EDIFICAR SOBRE ELLOS, GRAVADOS, LIMITAR EL DOMINIO SOBRE ELLOS Y DARLOS EN GARANTÍA DE SUS PROPIAS OBLIGACIONES O LAS DE SUS VINCULADOS. C). CELEBRAR TODA CLASE DE OPERACIONES DE CRÉDITO, DAR O RECIBIR DINERO EN MUTUO, CON GARANTÍAS O SIN ELLAS. D). CELEBRAR EL CONTRATO DE CAMBIO EN TODAS SUS MANIFESTACIONES Y EJECUTAR TODA CLASE DE ACTOS JURÍDICOS CON TÍTULOS VALORES Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE NO TENGAN LA CALIDAD DE TÍTULOS VALORES. E). FORMAR CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES Y CUALQUIER OTRO MEDIO ASOCIATIVO, CON EL FIN DE PARTICIPAR EN TODA CLASE DE PROCESOS LICITATORIOS EN ENTIDADES PRIVADAS Y PÚBLICAS. F). FORMAR, CONEXOS O COMPLEMENTARIOS A LOS DE LA SOCIEDAD E INTEGRARSE CON EMPRESAS NUEVAS O YA EXISTENTES BIEN SEA NACIONALES O EXTRANJERAS QUE SE DEDIQUEN A ACTIVIDADES DE LA MISMA ÍNDOLE O SEMEJANTES FUSIONARSE CON ELLA Y ABSORBERLAS. G). GARANTIZAR REAL Y/O PERSONALMENTE LOS PRÉSTAMOS CONCEDIDOS O QUE SE LES CONCEDAN A SUS COMPAÑÍAS VINCULADAS, A CUALQUIER ENTIDAD DE CRÉDITO NACIONAL O EXTRANJERA, DESTINADAS A FINANCIAR EL ESTABLECIMIENTO DE INSTALACIONES, LA AMPLIACIÓN O MEJORA DE LAS MISMAS, O LAS EXISTENTES, O LA CONSECUCCIÓN DE CAPITAL DE TRABAJO Y REALIZAR TODO TIPO DE OPERACIONES BANCARIAS. H). INVERTIR CAPITAL EN TODA CLASE DE ACTOS Y CONTRATOS QUE TENGAN RELACIÓN DIRECTA CON EL OBJETO SOCIAL. LA SOCIEDAD NO PODRÁ CONSTITUIRSE EN GARANTÍA DE OBLIGACIONES AJENAS, NI CAUCIONAR CON SUS BIENES OBLIGACIONES DISTINTAS DE LAS SUYAS, SALVO EL CASO DE QUE SE TRATE DE SOCIEDADES VINCULADAS A ELLA. I). CELEBRAR TODA CLASE DE ACTOS O CONTRATOS CIVILES, COMERCIALES, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS, CON ENTIDADES PRIVADAS O DEL ESTADO, TALES COMO ADQUIRIR, COMPRAR, GRAVAR, ENAJENAR, RECIBIR O CONSTITUIR EN DEPÓSITO O EN CUSTODIA, DAR O RECIBIR EN PRÉSTAMO Y EJECUTAR TODO TIPO DE ACTOS JURÍDICOS PERMITIDAS SOBRE BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES. J). ADQUIRIR Y/O OBTENER CONCESIONES, ADMINISTRARLAS, ENAJENARLAS, Y CONVENIR LA EXPLOTACIÓN DE LAS MISMAS. K). REGISTRAR MARCAS Y PATENTES DE INVERSIÓN, MODELOS O DISEÑOS INDUSTRIALES, LICENCIAS, CONVENIOS DE ASISTENCIA O COLABORACIÓN NACIONALES Y EXTRANJERAS. L). OBTENER DERECHOS DE PROPIEDAD, MARCAS, DIBUJOS, INSIGNIAS, PATENTES Y/O CUALQUIER OTRO DERECHO DERIVADO DE LA LEY DE MARCAS PROTEGIDO A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL; CONSEGUIR LOS REQUISITOS LEGALES PARA DICHAS MARCAS, PATENTES Y PRIVILEGIOS, ACEPTARLOS Y CELEBRARLOS A CUALQUIER TÍTULO.

**CERTIFICA - CAPITAL**

| TIPO DE CAPITAL           | VALOR             | ACCIONES | VALOR NOMINAL  |
|---------------------------|-------------------|----------|----------------|
| <b>CAPITAL AUTORIZADO</b> | 15.000.000.000,00 | 100,00   | 150.000.000,00 |
| <b>CAPITAL SUSCRITO</b>   | 15.000.000.000,00 | 100,00   | 150.000.000,00 |
| <b>CAPITAL PAGADO</b>     | 15.000.000.000,00 | 100,00   | 150.000.000,00 |

**CERTIFICA - SITUACIONES DE CONTROL Y GRUPOS EMPRESARIALES**

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 09 DE OCTUBRE DE 2023 SUSCRITO POR CONTROLADA REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 12769 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 20 DE OCTUBRE DE 2023, SE COMUNICÓ QUE SE HA CONFIGURADO UNA SITUACION DE CONTROL:

SITUACION DE CONTROL MATRIZ

**\*\* EMPRESA SUBORDINADA / CONTROLADA : CAYENA AZUL CHC SAS**

**CONTROLANTE**

IDENTIFICACION : 9007868461

MUNICIPIO : 11001 - BOGOTA

PAIS : Colombia

CIIU : Q8610 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion

CIIU : N8211 - Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina

FECHA DE CONFIGURACION DE LA SITUACIÓN : 2023-10-09



CÁMARA DE COMERCIO DEL  
**PUTUMAYO**  
Por el Desarrollo Económico de la Región

**CAMARA DE COMERCIO DEL PUTUMAYO  
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC**

Fecha expedición: 2024/06/09 - 12:51:46 \*\*\*\* Recibo No. S000727073 \*\*\*\* Num. Operación. 99-USUPUBXX-20240609-0003

**CODIGO DE VERIFICACIÓN jY3DQK9rQW**

**\*\* EMPRESA SUBORDINADA / CONTROLADA :** HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC

MUNICIPIO : PUERTO ASIS

PAIS : Colombia

**CERTIFICA**

**REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES**

POR ACTA NÚMERO 005 DEL 26 DE SEPTIEMBRE DE 2020 DE ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9534 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 07 DE OCTUBRE DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

| <b>CARGO</b>        | <b>NOMBRE</b>             | <b>IDENTIFICACION</b> |
|---------------------|---------------------------|-----------------------|
| REPRESENTANTE LEGAL | BELTRAN SUAREZ JOHN JAIRO | CC 79,734,435         |

**CERTIFICA**

**REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTE**

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 06 DE OCTUBRE DE 2023 DE ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 12755 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 12 DE OCTUBRE DE 2023, FUERON NOMBRADOS :

| <b>CARGO</b>                 | <b>NOMBRE</b>                   | <b>IDENTIFICACION</b> |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE | SANCHEZ CASTRO GLORIA ESPERANZA | CC 55,171,353         |

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 06 DE OCTUBRE DE 2023 DE ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 12755 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 12 DE OCTUBRE DE 2023, FUERON NOMBRADOS :

| <b>CARGO</b>                 | <b>NOMBRE</b>           | <b>IDENTIFICACION</b> |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE | SILVA MALTES FLORANGELA | CC 1,075,236,271      |

**CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES**

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: LA SOCIEDAD SERÁ GERENCIADA, ADMINISTRADA Y REPRESENTADA LEGALMENTE ANTE TERCEROS POR EL REPRESENTANTE LEGAL, QUIEN NO TENDRÁ RESTRICCIONES DE CONTRATACIÓN POR RAZÓN DE LA NATURALEZA NI DE LA CUANTÍA DE LOS ACTOS QUE CELEBRE. POR LO TANTO, SE ENTENDERÁ QUE EL REPRESENTANTE LEGAL PODRÁ CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN EL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD. EL REPRESENTANTE LEGAL SE ENTENDERÁ INVESTIDO DE LOS MÁS AMPLIOS PODERES PARA ACTUAR EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD, CON EXCEPCIÓN DE AQUELLAS FACULTADES QUE, DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS, SE HUBIEREN RESERVADO LOS ACCIONISTAS. EN LAS RELACIONES FRENTE A TERCEROS, LA SOCIEDAD QUEDARÁ OBLIGADA POR LOS ACTOS Y CONTRATOS CELEBRADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL. LE ESTÁ PROHIBIDO AL REPRESENTANTE LEGAL Y A LOS DEMÁS ADMINISTRADORES DE LA SOCIEDAD, POR SÍ O POR INTERPUESTA PERSONA, OBTENER BAJO CUALQUIER FORMA O MODALIDAD JURÍDICA PRÉSTAMOS POR PARTE DE LA SOCIEDAD U OBTENER DE PARTE DE LA SOCIEDAD AVAL, FIANZA O CUALQUIER OTRO TIPO DE GARANTÍA DE SUS OBLIGACIONES PERSONALES.

**CERTIFICA**

**REVISOR FISCAL - PRINCIPALES**

POR ACTA NÚMERO 004 DEL 01 DE FEBRERO DE 2020 DE ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN



CÁMARA DE COMERCIO DEL  
PUTUMAYO  
Por el Desarrollo Económico de la Región

**CAMARA DE COMERCIO DEL PUTUMAYO  
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC**

Fecha expedición: 2024/06/09 - 12:51:46 \*\*\*\* Recibo No. S000727073 \*\*\*\* Num. Operación. 99-USUPUBXX-20240609-0003

**CODIGO DE VERIFICACIÓN jY3DQK9rQW**

ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9422 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 26 DE AGOSTO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO          | NOMBRE                 | IDENTIFICACION | T. PROF |
|----------------|------------------------|----------------|---------|
| REVISOR FISCAL | QUINTERO MORA HERNANDO | CC 7,699,880   | 96943-T |

**CERTIFICA - SUCURSALES Y AGENCIAS**

QUE ES PROPIETARIO DE LAS SIGUIENTES SUCURSALES Y AGENCIAS EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

**\*\*\* NOMBRE :** HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC SEDE MOCOA

**CATEGORÍA :** SUCURSAL

**MATRÍCULA :** 82927

**FECHA DE MATRÍCULA :** 20210920

**FECHA DE RENOVACIÓN :** 20240308

**ÚLTIMO AÑO RENOVADO :** 2024

**DIRECCION :** CL 7A NO. 15 158

**MUNICIPIO :** 86001 - MOCOA

**TELÉFONO 1 :** 3152483916

**TELÉFONO 2 :** 3218295265

**TELÉFONO 3 :** 3168617425

**CORREO ELECTRÓNICO :** gerencia@clinicaputumayo.com.co

**ACTIVIDAD PRINCIPAL :** Q8610 - Actividades de hospitales y clínicas, con internacion

**ACTIVOS VINCULADOS :** 23,100,000

**\*\*\* NOMBRE :** HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC SEDE PUERTO LEGUIZAMO

**CATEGORÍA :** SUCURSAL

**MATRÍCULA :** 85356

**FECHA DE MATRÍCULA :** 20220309

**FECHA DE RENOVACIÓN :** 20240308

**ÚLTIMO AÑO RENOVADO :** 2024

**DIRECCION :** CRA 2 4 - 59

**MUNICIPIO :** 86573 - PUERTO LEGUIZAMO

**TELÉFONO 1 :** 3158868640

**CORREO ELECTRÓNICO :** vicepresidencia@hacputumayo.com.co

**ACTIVIDAD PRINCIPAL :** N8211 - Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina

**ACTIVOS VINCULADOS :** 6,100,000

**\*\*\* NOMBRE :** HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC SEDE ORITO

**CATEGORÍA :** SUCURSAL

**MATRÍCULA :** 85362

**FECHA DE MATRÍCULA :** 20220309

**FECHA DE RENOVACIÓN :** 20240308

**ÚLTIMO AÑO RENOVADO :** 2024

**DIRECCION :** DIAGONAL 8 NO. 5-131

**MUNICIPIO :** 86320 - ORITO

**TELÉFONO 1 :** 3158868640

**CORREO ELECTRÓNICO :** vicepresidencia@clinicaputumayo.com.co

**ACTIVIDAD PRINCIPAL :** N8211 - Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina

**ACTIVOS VINCULADOS :** 6,100,000

**\*\*\* NOMBRE :** HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC SEDE LA HORMIGA

**CATEGORÍA :** SUCURSAL

**MATRÍCULA :** 87103

**FECHA DE MATRÍCULA :** 20220701



CÁMARA DE COMERCIO DEL  
PUTUMAYO  
Por el Desarrollo Económico de la Región

**CAMARA DE COMERCIO DEL PUTUMAYO  
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC**

Fecha expedición: 2024/06/09 - 12:51:46 \*\*\*\* Recibo No. S000727073 \*\*\*\* Num. Operación. 99-USUPUBXX-20240609-0003

**CODIGO DE VERIFICACIÓN jY3DQK9rQW**

**FECHA DE RENOVACIÓN :** 20240308  
**ÚLTIMO AÑO RENOVADO :** 2024  
**DIRECCION :** CL 8 N 31 13  
**MUNICIPIO :** 86865 - VALLE DEL GUAMUEZ  
**TELÉFONO 1 :** 3158868640  
**CORREO ELECTRÓNICO :** gerencia@hacputumayo.com.co  
**ACTIVIDAD PRINCIPAL :** N8211 - Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina  
**ACTIVOS VINCULADOS :** 6,100,000

**\*\*\* NOMBRE :** HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC SEDE VILLAGARZON  
**CATEGORÍA :** SUCURSAL  
**MATRÍCULA :** 87809  
**FECHA DE MATRÍCULA :** 20220816  
**FECHA DE RENOVACIÓN :** 20240308  
**ÚLTIMO AÑO RENOVADO :** 2024  
**DIRECCION :** CR 9 6 08  
**MUNICIPIO :** 86885 - VILLAGARZON  
**TELÉFONO 1 :** 3158868640  
**TELÉFONO 2 :** 3160257509  
**CORREO ELECTRÓNICO :** vicepresidencia@hacputumayo.com.co  
**ACTIVIDAD PRINCIPAL :** N8211 - Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina  
**ACTIVOS VINCULADOS :** 6,100,000

**\*\*\* NOMBRE :** HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC SEDE PUERTO GUZMAN  
**CATEGORÍA :** SUCURSAL  
**MATRÍCULA :** 87812  
**FECHA DE MATRÍCULA :** 20220816  
**FECHA DE RENOVACIÓN :** 20240308  
**ÚLTIMO AÑO RENOVADO :** 2024  
**DIRECCION :** CR 3 CL 7 ESQUINA  
**MUNICIPIO :** 86571 - PUERTO GUZMAN  
**TELÉFONO 1 :** 3158868640  
**TELÉFONO 2 :** 3160257509  
**CORREO ELECTRÓNICO :** vicepresidencia@hacputumayo.com.co  
**ACTIVIDAD PRINCIPAL :** N8211 - Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina  
**ACTIVOS VINCULADOS :** 6,100,000

**INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es GRAN EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : \$153,067,897,074  
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8610

**CERTIFICA**

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

**CERTIFICA**

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO



CÁMARA DE COMERCIO DEL  
**PUTUMAYO**  
Por el Desarrollo Económico de la Región

**CAMARA DE COMERCIO DEL PUTUMAYO  
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO SAS ZOMAC**

Fecha expedición: 2024/06/09 - 12:51:46 \*\*\*\* Recibo No. S000727073 \*\*\*\* Num. Operación. 99-USUPUBXX-20240609-0003

**CODIGO DE VERIFICACIÓN jY3DQK9rQW**

CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : \$7,900

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

**IMPORTANTE:** La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DEL PUTUMAYO contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar hasta po 60 días y cuantas veces lo requiera, el contenido del mismo, ingresando al enlace <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=46> seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación jY3DQK9rQW

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



Juan Carlos Bacca López  
Secretario

**\*\*\* FINAL DEL CERTIFICADO \*\*\***

|                            | SALARIOS Incrementados | CESANTIAS      | INTERES CESANTIAS | PRIMAS         | VACACIONES     |
|----------------------------|------------------------|----------------|-------------------|----------------|----------------|
| <b>TOTAL POR CONCEPTOS</b> | \$36.833.500,00        | \$3.346.847,17 | \$368.153,19      | \$3.346.847,17 | \$1.534.729,17 |
| <b>GRAN TOTAL</b>          | <b>\$45.430.076,69</b> |                |                   |                |                |

| <b>Cálculo de la Indemnización</b> |                        |     |                        |                     |      |  |
|------------------------------------|------------------------|-----|------------------------|---------------------|------|--|
|                                    | AÑO                    | MES | DÍA                    | Tiempo Laborado en: |      |  |
|                                    |                        |     |                        | Días                | Años |  |
| Fecha de Liquidación:              | 2024                   | 11  | 15                     |                     |      |  |
| Fecha de Ingreso:                  | 2019                   | 6   | 27                     | 1.939               | 5,39 |  |
| Ingreso Mensual:                   | \$ 2.048.500,00        |     |                        |                     |      |  |
| Ingreso Diario:                    | <b>\$ 68.283,33</b>    |     |                        |                     |      |  |
| Indemnización primer año           | <b>\$ 2.048.500,00</b> |     |                        |                     |      |  |
| Indemnización años adicionales:    | <b>4,39</b>            |     | <b>\$ 5.989.965,74</b> |                     |      |  |
| <b>Total Indemnización:</b>        | <b>\$ 8.038.465,74</b> |     |                        |                     |      |  |

|                               | AÑO                         | MES | DÍA | Tiempo Laborado en: |  |  |
|-------------------------------|-----------------------------|-----|-----|---------------------|--|--|
|                               |                             |     |     | Días                |  |  |
| Fecha hasta donde se liquida: | 2024                        | 11  | 15  |                     |  |  |
| Fecha desde donde se liquida; | 22                          | 2   | 22  | 720.983             |  |  |
| ingreso Mensual:              | \$ 2.048.500,00             |     |     |                     |  |  |
| Ingreso Diario:               | <b>\$ 68.283,33</b>         |     |     |                     |  |  |
| Total Indemnización           | <b>\$ 49.231.122.516,67</b> |     |     |                     |  |  |