OrienteSalud
Por tu bienestar!

Rionegro, 14 de enero 2025

Señores

**INDUSTRIAS CARNICAS DEL ORIENTE S.A.**
**NIT 900.014.646-3**

**Asunto: Cotización para la prestación de servicios en salud ocupacional y medicina laboral.**

Cordial saludo,

**ORIENTESALUD I.P.S. NIT 900898297-9**, es una empresa legalmente constituida desde el año 2015, que ha cumplido con todos los requerimientos exigidos para conformarse como IPS y ofrecer servicios integrales de medicina laboral y salud ocupacional.

Contamos con los recursos humanos y tecnológicos idóneos para prestar un servicio de excelente calidad a disposición de empleadores y trabajadores de Colombia que requieren solución a los requerimientos normativos en el contexto del SG-SST.

Estamos ubicados en el barrio Altos del Lago en el municipio de Rionegro Antioquia y contamos con 5 años de experiencia en la prestación de servicios en salud ocupacional, medicina laboral y sistemas de gestión en seguridad y salud del trabajo en las empresas; contribuyendo al desarrollo de ambientes de trabajo seguros y equipos de trabajo sanos en el sector empresarial.

Agradecemos por la atención prestada a nuestra propuesta. Para nosotros sería un placer poder atenderles, en este sentido queremos transmitirles algunos de nuestros valores corporativos: objetividad, confianza, responsabilidad y eficiencia.

Reiteramos el agradecimiento por considerarnos una opción y estamos comprometidos a cumplir con profesionalismo a las necesidades requeridas; dando el máximo valor al estado de salud del recurso humano de la organización, que con toda certeza redundará en el bienestar, rendimiento y progreso de la empresa contratante.

A continuación, presentamos la siguiente oferta de servicios:

| PROPUESTA DE SERVICIOS | | | |
|---|---|---|---|
| **PERFIL** | **EXÁMENES A REALIZAR:** | **VALOR UNITARIO** | **VALOR TOTAL** |
| **Personal administrativo y Operativo** | Evaluación médica ocupacional con énfasis osteomuscular de (**Ingreso, periódico o Retiro)**<br>Visiometría<br>Audiometría | $31.200<br>$9.200<br>$16.500 | **$56.900** |
| **Personal de Manipulación de Alimentos INCAROSA** | Evaluación médica ocupacional con énfasis osteomuscular de (**Ingreso, periódico o Retiro)**<br>Visiometría<br>Audiometría<br>KOH<br>Frotis Faríngeo<br>Coprológico<br>Test Tóxicos<br>Vacuna Toxoide Tetánico | $31.200<br>$9.200<br>$16.500<br>$13.800<br>$13.800<br>$13.800<br>$27.500<br>$24.900 | **$150.700** |
| **Personal de Trabajo en Alturas y/o Espacios confinados** | Evaluación médica ocupacional con énfasis osteomuscular de (**Ingreso, periódico o Retiro)**<br>Visiometría<br>Audiometría<br>Glicemia<br>Colesterol<br>Triglicéridos | $31.200<br>$9.200<br>$16.500<br>$11.800<br>$11.800<br>$11.800 | **$92.300** |
| **Personal de Conducción** | Evaluación médica ocupacional con énfasis osteomuscular de (**Ingreso, periódico o Retiro)**<br>**Conductor**<br>Visiometría<br>Audiometría<br>Prueba Psicosensométrica<br>Test Tóxicos | $31.200<br>$9.200<br>$16.500<br>$34.000<br>$24.900 | **$115.800** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valoración Post-Incapacidad / Recomendaciones, restricciones, reintegro para cualquier perfil. | Evaluación médica ocupacional con énfasis osteomuscular, análisis del caso, concepto y generación de restricciones si se requiere. | $84.000 | **$84.000** |

En caso de requerir exámenes adicionales que no se encuentren incluidos en la presente cotización, por favor informarnos para compartir las tarifas.

**JAIME LÓPEZ ARANGO**
Director Administrativo
Grupo Orientesalud
Nit: 900898297-9

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 07:38:31 AM horas del 14/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **39430585**

Apellidos y Nombres: **MARTINEZ GOMEZ MARIA CAMILA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 07:39:34 AM horas del 14/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº 900898297

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/01/2026 07:42:08 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **39430585** y Nombre: **MARIA CAMILA MARTINEZ GOMEZ.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **132469712** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/01/2026 07:43:09 a. m. para **- NIT, sin digito de verificación:** Nº. **900898297**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **132469767** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 288544740

PIB
07:46:06


Bogotá DC, 14 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA CAMILA MARTINEZ GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39430585:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 14 de enero de 2026, a las 07:48:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 39430585 |
| Código de Verificación | 39430585260114074844 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

TIC

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 39430585 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 13/01/2026 03:01 PM

Código Verificación: **MLY3CRV859**

Válida hasta: **13/04/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

# CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO C
# DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 1

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 15:26:35 horas del 13/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ci
Apellidos y Nombres **MARTINEZ GOMEZ MARIA CAMILA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **GRUPO ORI 900898297-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al car cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás no tratamiento de datos.

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141172779134

(415)7707212489984(8020) 000014117277913 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 8 9 8 2 9 7 | 9 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

35. Razón social
GRUPO ORIENTESALUD S.A.S

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| CLINICA DE HERIDAS ORIENTESALUD | GO, IPS |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Rionegro 6 1 5 |

41. Dirección principal
CL 63 A 47 25

42. Correo electrónico contactenos@orientesalud.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 4 5 5 9 5 6 1 5 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 1 5 0 9 2 5 | | | | | | | 1 |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 58. CPC | | | |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARTINEZ GOMEZ MARIA CAMILA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141172779134

(415)7707212489984(8020) 000014117277913 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 8 9 8 2 9 7 | 9 | Impuestos de Medellín | |

**Características y formas de las organizaciones**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 1 2 | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descapitalizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 1 |

**Constitución, Registro y Última Reforma**

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 4 | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | 2 0 1 5 0 9 2 5 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 1 5 1 0 0 9 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 0 9 5 1 6 0 | |
| 78. Departamento | 0 5 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 5 1 | |

Vigencia

| | | |
|---|---|---|
| 80. Desde | 2 0 1 5 0 9 2 5 | |
| 81. Hasta | 9 9 9 9 1 2 3 1 | |

**Composición del Capital**

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 1 0 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

**Entidad de vigilancia y control**

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

**Estado y Beneficio**

| Ítem | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 4 9 | 2 0 1 5 1 0 0 9 | | - |
| 2 | 8 1 | 2 0 1 5 0 1 0 1 | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

**Vinculación económica**

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141172779134

(415)7707212489984(8020) 000014117277913 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 8 9 8 2 9 7 | 9 | Impuestos de Medellín | 1 1 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 1 0 5 1 7 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 3 9 4 3 0 5 8 5 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MARTINEZ | GOMEZ | MARIA | CAMILA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 2 1 0 5 1 7 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 3 9 4 4 7 7 0 3 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GOMEZ | GALLEGO | PAOLA | NATALIA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141172779134

(415)7707212489984(8020) 000014117277913 4

| 5. Número de identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 8 9 8 2 9 7 | 9 | Impuestos de Medellín | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

135. Fecha de nombramiento

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

147. Fecha de nombramiento

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía | 1 3 1 0 3 6 4 0 0 8 4 5 | 5 | 2 9 3 5 4 7 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARANGO | OROZCO | KATERINE | |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 3 0 1 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141172779134

(415)7707212489984(8020) 000014117277913 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 8 9 8 2 9 7 | 9 | Impuestos de Medellín | 1 1 |

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 |

162. Nombre del establecimiento: CLINICA DE HERIDAS ORIENTESALUD

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Antioquia 0 5 | Rionegro 6 1 5 |

165. Dirección: CL 63 A NRO. 47 25

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 0 0 9 5 1 6 1 | 2 0 1 5 1 0 0 9 |
| 168. Teléfono: 3 1 1 6 0 1 9 8 3 9 | 169. Fecha de cierre |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|

162. Nombre del establecimiento

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|

165. Dirección

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|

165. Dirección

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

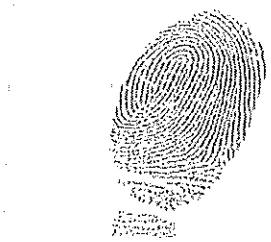
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

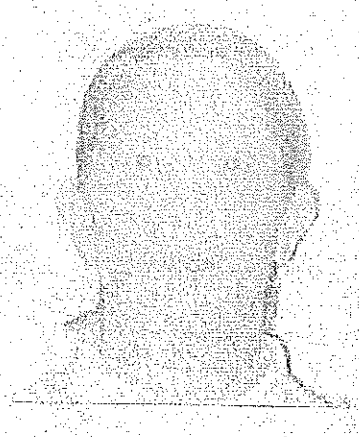
NUMERO 39.430.585
MARTINEZ GOMEZ

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES





FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1958
RIONEGRO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

29-SEP-1976 RIONEGRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0121400-00032142-F-0039430585-20080728 0001512705A 1 2340014848

CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUENO

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

**Fecha expedición:** 01/12/2025 - 13:54:35
Recibo No. S001002701, Valor 11600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN YxgsWcTeMc**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=51 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:**

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón Social : GRUPO ORIENTESALUD S.A.S
Sigla : GO.IPS
Nit : 900898297-9
Domicilio: Rionegro, Antioquia

**MATRÍCULA**

Matrícula No: 95160
Fecha de matrícula: 09 de octubre de 2015
Ultimo año renovado: 2025
Fecha de renovación: 28 de marzo de 2025
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal : CL 63 A NRO. 47 25
Municipio : Rionegro, Antioquia
Correo electrónico : contactenos@orientesalud.co
Teléfono comercial 1 : 5595615
Teléfono comercial 2 : No reportó.
Teléfono comercial 3 : 3116019839

Dirección para notificación judicial : CL 63 A NRO. 47 25
Municipio : Rionegro, Antioquia
Correo electrónico de notificación : contactenos@orientesalud.co

La persona jurídica **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**CONSTITUCIÓN**

Por documento privado del 25 de septiembre de 2015 de la Asamblea Constitutiva de Rionegro, inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de octubre de 2015, con el No. 32185 del Libro IX, se constituyó la persona jurídica de naturaleza comercial denominada GRUPO ORIENTESALUD S.A.S, Sigla GO.IPS.

**OBJETO SOCIAL**

Objeto social: La sociedad tendra como objeto principal, las siguientes actividades: Prestacion de servicios de salud. La sociedad podra realizar en colombia y en el exterior, cualquier actividad licita, comercial o civil, segun lo establecido en el numeral 4 del articulo primero del decreto reglamentario 4463 de 2006. En desarrollo de su objeto social, la sociedad podra realizar las siguientes actividades: A. La compra, venta, negociacion de acciones, cuotas o

partes de interes en sociedad de cualquier naturaleza. B. Celebrar toda clase de contratos con entidades publicas o privadas, nacionales y extranjeras, cualquiera sea su naturaleza; constituir empresas que persigan fines analogos o complementarios a los de esta sociedad o la de participar en empresas o sociedades de tal indole ya constituidas y suscribir acciones, partes, o cuotas de interes social y aportes bienes a las mismas, o de incorporarlos en esta sociedad. C. Adquirir, enajenar, gravar o administrar, tomar o dar en arrendamiento 0 a cualquier titulo toda clase de bienes, girar, aceptar, endosar, ceder, protestar, descontar y en general, negociar toda clase de efectos de comercio civiles; dar y recibir dinero en prestamo; promover, formar, organizar y financiar sociedades o empresas que tengan objeto igual, semejante o complementario al de esa compania, o que fabriquen, distribuyan o negocien en areas que faciliten el cumplimiento del objeto de esta; y en general, ejecutar o celebrar todos los actos, contratos y operaciones directamente relacionados con su objeto social y los que tengan como finalidad el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones que legalmente o convencionalmente se deriven de la existencia y actividades de la sociedad, en desarrollo de su objeto social principal y en todo caso que tenga relacion directa con este. D. La sociedad podra obligarse frente a terceros a titulo personal para la consecucion de creditos ante entidades financieras, bancarias o corporaciones de ahorro, sin limite de cuantias, para cuyo efecto podra constituir garantias hipotecarias, prendarias para el cabal cumplimiento y desarrollo de su objeto. E. La compra, venta, negociacion, distribucion, importacion y exportacion de todo tipo de bienes. Paragrafo 1. La sociedad podra absorber o flisionarse con otra u otras sociedades, o escindirse. Paragrafo 2. Podra la sociedad ademas, y para el cumplimiento de su objeto, participar en todo tipo de licitaciones publicas o privadas para la ejecucion de las actividades o la prestacion de los servicios que constituyen su objeto social. Paragrafo 3. La sociedad no podra constituirse en garante de obligaciones ajenas o garantizar o caucionar con sus propios bienes, obligaciones de accionistas ni de ningun otro tercero, salvo autorizacion expresa de la asamblea general.

## CAPITAL

| | * CAPITAL AUTORIZADO * |
|---|---|
| Valor | $ 30.000.000,00 |
| No. Acciones | 4.000,00 |
| Valor Nominal Acciones | $ 7.500,00 |

| | * CAPITAL SUSCRITO * |
|---|---|
| Valor | $ 30.000.000,00 |
| No. Acciones | 4.000,00 |
| Valor Nominal Acciones | $ 7.500,00 |

| | * CAPITAL PAGADO * |
|---|---|
| Valor | $ 30.000.000,00 |
| No. Acciones | 4.000,00 |
| Valor Nominal Acciones | $ 7.500,00 |

## REPRESENTACIÓN LEGAL

Representacion legal: La representacion legal de la sociedad estara a cargo del gerente, el cual tendra un suplente, quien lo reemplazara en sus faltas absolutas, temporales o accidentales.

## FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Facultades del representante legal: Atribuciones: Son atribuciones del representante legal: El representante legal tiene facultades para ejecutar todos los actos y contratos acordes con la naturaleza de su encargo y que se relacionen directamente con el giro ordinario de los negocios sociales. En especial, el representante legal tendra las siguientes funciones: 1. Uso de la firma o razon social. 2. Designar el secretario de la compania. 3. Designar los empleados que requiera el normal funcionamiento de la empresa y senalarles sus funciones y remuneracion. 4. Presentar un informe de su gestion a la asamblea general de accionistas en sus reuniones ordinarias, presentar los presupuestos para aprobacion de la asamblea y presentar el balance general de fin de ejercicio con un proyecto de distribucion de utilidades. 5. Convocar a la asamblea general de accionistas a las reuniones ordinarias y extraordinarias. 6. Nombrar los arbitro que correspondan a la sociedad con virtud de compromisos, cuando asi lo autorice la asamblea general de accionistas. 7. Constituir los apoderados judiciales necesarios para la defensa de los intereses sociales. 8. El manejo de las cuentas bancarias de la sociedad. 9. Dirigir la contabilidad y correspondencia de la asamblea general de accionistas, el informe, el balance general y corte de cuentas que deberan ser aprobadas por esta. 10. La adquisicion de equipos, maquinaria, y demas elementos necesarios para el desarrollo y funcionamiento de la empresa. 11. Ejecutar labores de direccion, asesoria, supervision y control en la administracion de la empresa. 12. Propiciar y desarrollar actividades de mercadeo que permitan asesorar sostenimiento de la empresa. 13. Adelantar y desarrollar procesos de gestion empresarial. 14. Planear, organizar y evaluar todas las actividades de la empresa. 15. Hacer cumplir las normas y politicas de la empresa. 16. Tomar decisiones necesarias para el crecimiento empresarial, 17. Hacer contratos de compra y venta de suministros y asesorias. 18. Las demas funciones que expresamente le delegue la asamblea general de accionistas, en general el representante legal, dentro de las funciones de administracion y uso de la razon social, puede enajenar, transferir, comprometer, arbitrar, interponer toda clase de recursos, comparecer en los procesos en los que se disfrute el dominio y propiedad de los bienes, gravarlos con prenda o limitar su dominio en cualquier forma; recibir dinero en mutuo, celebrar el contrato de cambio, en todas sus manifestaciones, firmar letras, pagares, cheques, libranzas y otros instrumentos negociables, tenerlos, cobrarlos, pagarlos, descargarlos, constituir apoderados especial o generales, y en general representar a la sociedad. Paragrafo: Las actuaciones y decisiones del suplente del representante legal, deben estar acordes con las del representante legal, cuando han de ser consecutivas o consecuenciales, con el fin de evitarse malos entendidos y decisiones, en caso de duda, sera menester la consulta previa. Paragrafo: El representante legal requerira autorizacion de la asamblea general de accionistas, para la celebracion de todo acto o contrato cuya cuantia sea superior a la cantidad de cien millones de pesos ($100.000.000).

**NOMBRAMIENTOS**

**REPRESENTANTES LEGALES**

Por Acta No. 25 del 17 de mayo de 2021 de la Asamblea De Accionistas, inscrita/o en esta Cámara de Comercio el 21 de mayo de 2021 con el No. 54346 del libro IX, se designó a:

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|---|---|---|
| REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL | MARIA CAMILA MARTINEZ GOMEZ | C.C. No. 39.430.585 |
| REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE | PAOLA NATALIA GOMEZ GALLEGO | C.C. No. 39.447.703 |

## RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUENO, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

## CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

**Actividad principal Código CIIU:** Q8621
**Actividad secundaria Código CIIU:** No reportó
**Otras actividades Código CIIU:** No reportó

## ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona jurídica, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUENO el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

## ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: CLINICA DE HERIDAS ORIENTESALUD
Matrícula No.: 95161
Fecha de Matrícula: 09 de octubre de 2015
Último año renovado: 2025
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CL 63 A NRO. 47 25
Municipio: Rionegro, Antioquia

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

## 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 MICRO EMPRESA.

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

Ingresos por actividad ordinaria : $904.131.946,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8621.

**CERTIFICAS ESPECIALES**

Prohibiciones: La sociedad no podrá constituirse en garante de obligaciones ajenas, ni caucionar con los bienes sociales obligaciones distintas de las propias.

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA - REPORTE A ENTIDADES**

INFORMACION COMPLEMENTARIA a. Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES. b. Se realizó la inscripción de la empresa y/o establecimiento en el Registro de Identificación Tributaria (RIT)

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital de la CÁMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUENO 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.

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.

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.

Camila Escobar V

**CAMILA ESCOBAR VARGAS**
**PRESIDENTA EJECUTIVA**

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

# * * * D E F I N I T I V O * * *

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI FINALIZÓ LA DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

***INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.***

0561514630 - CLINICAS DE HERIDAS ORIENTESALUD

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre del Prestador: | 0561514630 - GRUPO ORIENTESALUD S.A.S | | | | |
| NI:Nit / CC:Cédula | NI:900898297-9 | | | Nombre o razón social: | GRUPO ORIENTESALUD S.A.S |
| Fecha de inscripción: | 2016/01/21 | | | Clase de prestador: | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS |
| Clase de persona: | JURIDICO | Naturaleza Jurídica: | PRIVADA | Nivel de Atención del Prestador: | |
| Empresa Social del Estado: | | | | Carácter Territorial de la Entidad: | |
| Representante Legal: | MARIA CAMILA MARTINEZ GOMEZ | | | Dirección administrativa: | CALLE 63A#47-25 |
| Telefono: | 5595615 | Fax: | 5595615 | Email: | contactenos@orientesalud.co |
| Municipio: | RIONEGRO | | | Departamento: | ANTIOQUIA |

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede Principal: | 056151463001 - CLINICAS DE HERIDAS ORIENTESALUD | | | | |
| Dirección: | CALLE 63A# 47-25 | | | Barrio: | ALTO DE LOS LAGOS |
| Telefono: | 5595615 | Fax: | 5595615 | Email: | contactenos@orientesalud.co |
| Gerente: | MARIA CAMILA MARTINEZ GOMEZ | | | Fecha de Apertura: | 2016/01/21 |
| Municipio: | RIONEGRO | | | Departamento: | ANTIOQUIA |

SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede: | 056151463001 - CLINICAS DE HERIDAS ORIENTESALUD | | | | |
| Dirección: | CALLE 63A# 47-25 | | | Barrio: | ALTO DE LOS LAGOS |
| Telefono: | 5595615 | Fax: | 5595615 | Email: | contactenos@orientesalud.co |
| Gerente: | MARIA CAMILA MARTINEZ GOMEZ | | | Fecha de Apertura: | 2016/01/21 |
| Municipio: | RIONEGRO | | | Departamento: | ANTIOQUIA |
| Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud: | Jul 23 2025 10:25AM | | | Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud: | 20250701 - 20260630 |

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNÓLOGICA Y CIENTÍFICA, PARA LA SEDE DEL PRESTADOR

| CONDICIÓN DE CAPACIDAD | CUMPLIMIENTO | CONDICIÓN DE CAPACIDAD | CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA | SI CUMPLE | CAPACIDAD PATRIMONIAL Y FINANCIERA | SI CUMPLE |

CONDICIONES CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTÍFICA

SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | CUMPLE |
|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 312 | ENFERMERÍA | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRÍA | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | SI |
| CONSULTA EXTERNA | 407 | MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | SI |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 712 | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | SI |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | SI |

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario: 056151463001

Impreso por el usuario: 056151463001

Versión 2.0.

Fecha de impresión: miércoles 23 de julio de 2025 (10:27 a.m.).

***FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.***

0561514630 - CLINICAS DE HERIDAS ORIENTESALUD

# * * * D E F I N I T I V O * * *

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI FINALIZÓ LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

***INICIO DOCUMENTO ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS.***

0561514630 - CLINICAS DE HERIDAS ORIENTESALUD

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre del Prestador: | 0561514630 - GRUPO ORIENTESALUD S.A.S | | | | |
| NI:Nit / CC:Cédula | NI:900898297-9 | | | Nombre o razón social: | GRUPO ORIENTESALUD S.A.S |
| Fecha de inscripción: | 2016/01/21 | Fecha de vencimiento: | 2026/08/31 | Clase de prestador: | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS |
| Clase de persona: | JURIDICO | Naturaleza Jurídica: | PRIVADA | Nivel de Atención del Prestador: | |
| Empresa Social del Estado: | | | | Carácter Territorial de la Entidad: | |
| Representante Legal: | MARIA CAMILA MARTINEZ GOMEZ | | | Dirección administrativa: | CALLE 63A#47-25 |
| Telefono: | 5595615 | Fax: | 5595615 | Email: | contactenos@orientesalud.co |
| Municipio: | RIONEGRO | | | Departamento: | ANTIOQUIA |

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede Principal: | 056151463001 - CLINICAS DE HERIDAS ORIENTESALUD | | | | |
| Dirección: | CALLE 63A# 47-25 | | | Barrio: | ALTO DE LOS LAGOS |
| Telefono: | 5595615 | Fax: | 5595615 | Email: | contactenos@orientesalud.co |
| Gerente: | MARIA CAMILA MARTINEZ GOMEZ | | | Fecha de Apertura: | 2016/01/21 |
| Municipio: | RIONEGRO | | | Departamento: | ANTIOQUIA |

SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede: | 056151463001 - CLINICAS DE HERIDAS ORIENTESALUD | | |
| Dirección: | CALLE 63A# 47-25 | Barrio: | ALTO DE LOS LAGOS |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Telefono: | 5595615 | Fax: | 5595615 | Email: | contactenos@orientesalud.co |
| Gerente: | MARIA CAMILA MARTINEZ GOMEZ | | | Fecha de Apertura: | 2016/01/21 |
| Municipio: | RIONEGRO | | | Departamento: | ANTIOQUIA |

CORREOS ELECTRÓNICOS DEL PRESTADOR Y LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

| ANTERIOR CORREO ELECTRONICO DEL PRESTADOR | ACTUALIZADO CORREO ELECTRONICO DEL PRESTADOR | ANTERIOR CORREO ELECTRONICO DE LA SEDE DEL PRESTADOR | ACTUALIZADO CORREO ELECTRONICO DE LA SEDE DEL PRESTADOR |
|---|---|---|---|
| clinicadeheridasos@yahoo.es | clinicadeheridasos@yahoo.es | clinicadeheridasos@yahoo.es | contactenos@orientesalud.co |

SERVICIOS DE LA SEDE DE PRESTADOR QUE FUERON HABILITADOS CON APERTURA DE CÓDIGOS NUEVOS PARA LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron observaciones de servicios habilitados con apertura de códigos nuevos para la Resolución 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya.

SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

| RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 | | | | | | | | | | | | | | | TR | RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GRUPO SER | COD SER | NOMBRE SERVICIO | ONC | AMB | HOSP | MOVI | DOMI | OTRA | CR | IR | BAJA | MEDI | ALTA | FECHA APERTURA (AAAAMMDD) | -- | GRUPO SER | COD SER | NOMBRE SERVICIO | M-INT | M-EXT | M-UM | M-DOM | M-JS | M-TEL | M-PR | M-PRTI | M-PRTNI | M-PRTE | M-PRTM | M-PRE | M-PRETE | M-PRETM | COMPL |
| CONSULTA EXTERNA | 312 | ENFERMERÍA | | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20160121 | 18 | CONSULTA EXTERNA | 312 | ENFERMERÍA | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B |
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20160318 | 18 | CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B |
| CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRÍA | | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | SI | NO | NO | 20160810 | 18 | CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRÍA | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B |
| CONSULTA EXTERNA | 407 | MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | 20160810 | 18 | CONSULTA EXTERNA | 407 | MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 712 | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | NO | SI | NO | SI | NO | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20161012 | 18 | APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 712 | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | SI | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SC |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | SI | NO | NO | 20160810 | 18 | APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SC |

CONVENCIONES:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ONC: Oncológico | AMB: Intramural Ambulatorio | HOSP: Intramural Hospitalario | MOVI: Extramural Móvil | DOMI: Extramural Domiciliario | OTRA: Extramural Otras |
| CR: Telemedicina Centro Referencia | IR: Telemedicina Institución Remisora | BAJA: Complejidad Baja | MEDI: Complejidad Media | ALTA: Complejidad Alta | TR: Código transición-VER TABLA TRANSICIÓN DE SERVICIOS |
| M-INT:Modalidad Intramural | M-EXT:Modalidad Extraamural | M-UM :Modalidad Unidad Móvil | M-DOM:Modalidad Domiciliario | M-JS :Modalidad Jornada de Salud | M-TEL:Modalidad Telemedicina |
| M-PR :Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina | M-PRTI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva | M-PRTNI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva | M-PRTE:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia | M-PRTM:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo | M-PRE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina |
| M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia | M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo | COMPL :Complejidad | | | |

TR:TABLA DE TRANSICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11-CAMBIA CÓDIGO Y NOMBRE DEL SERVICIO | 12-SE INACTIVA EL CÓDIGO | 13-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO ACTIVIDADES EN OTRO(S) SERVICIO(S) | 14-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO ESPECIFICIDAD EN OTRO(S) SERVICIO(S) | 15-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO MODALIDAD EN OTRO(S) SERVICIO(S) |
| 16-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO PROCEDIMIENTO EN OTRO(S) SERVICIO(S) | 17-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA EN OTRO(S) SERVICIO(S) | 18-SIGUE IGUAL EL SERVICIO | 19-SE INACTIVA SERVICIO VOLUNTARIAMENTE POR EL PRESTADOR | ***El prestador no desea continuar prestando el servicio. |

PRESTADORES DE REFERENCIA QUE BRINDAN APOYO PARA LOS SERVICIOS CON MODALIDADES EN TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

[TABLA_PSERVICIOS_PR]

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 312 | ENFERMERÍA | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 |
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 |
| CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRÍA | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 |
| CONSULTA EXTERNA | 407 | MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 712 | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 | 07:00A16:30 |

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron registros de especificidades de los servicios.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD DE LA *** SEDE DEL PRESTADOR *** DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - CAPACIDAD INSTALADA ANTES DE APLICAR LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

| GRUPO CAPACIDAD | CONCEPTO | CANTIDAD |
|---|---|---|
| SALAS | PROCEDIMIENTOS | 1 |

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD DE LA *** SEDE DEL PRESTADOR *** DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

| GRUPO CAPACIDAD | CONCEPTO | CANTIDAD |
|---|---|---|
| CONSULTORIOS | CONSULTA EXTERNA | 3 |
| SALAS | PROCEDIMIENTOS | 2 |
| UNIDAD MOVIL | UNIDAD MÓVIL | 1 |

DETALLE AMBULANCIAS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019..

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

DETALLE UNIDADES MOVILES DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019..

| GRUPO CAPACIDAD | CONCEPTO | NUMERO PLACA | MODALIDAD | MODELO | TARJETA DE PROPIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| UNIDAD MOVIL | UNIDAD MÓVIL | FIS979 | TERRESTRE | 2020 | 10019681842 |

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario: 056151463001

Impreso por el usuario: 056151463001

Versión 2.0.

Fecha de impresión de este documento: miércoles 23 de julio de 2025 (10:25 a.m.).

***FIN DOCUMENTO ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS.***

0561514630 - CLINICAS DE HERIDAS ORIENTESALUD

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

# RESOLUCIÓN

Radicado: S 2016060098861
Fecha: 15/12/2016
Tipo:
RESOLUCIÓN
Destino:

**Por medio de la cual se CONCEDE Licencia para ofertar servicios de seguridad y salud en el trabajo a nivel nacional, a una persona Jurídica.**

## EL DIRECTOR DE FACTORES DE RIESGO DE LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA

En ejercicio de las facultades legales que le confieren las Leyes 09 de 1979 y 1562 de 2012, la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y en especial la Resolución No. 5734 de 2013 expedida por la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, y

## CONSIDERANDO

Que el articulo 1 de la Ley 1562 de 2012, determinó que la salud ocupacional se entenderá en adelante como Seguridad y Salud en el Trabajo, definiéndola como la disciplina que trata la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores, cuyo objeto es mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

Que el articulo 23 de la citada ley, determinó como competencia de las entidades departamentales y distritales de salud, la expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional.

Que mediante Resolución No. 4502 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentó el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de la licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo definidos en el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012.

*"Por medio de la cual se CONCEDE una licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo"*

Que el señor **DIDIER YESID RAVE ZULUAGA**, identificado con cédula de ciudadanía No **15446973,** en calidad de Representante Legal de la sociedad comercial **GRUPO ORIENTESALUD S.A.S**, con sede ubicada en la **CALLE 63 A N° 47 25** del municipio de **RIONEGRO** solicitó Licencia de salud ocupacional, para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona jurídica, acreditando el cumplimiento de las condiciones y requisitos previstos en la Resolución No. 04502 de diciembre 28 de 2012.

Que la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, emitió concepto favorable para el otorgamiento de dicha licencia.

**R E S U E L V E:**

**ARTÍCULO PRIMERO**: Conceder Licencia de Salud Ocupacional para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona jurídica a la sociedad comercial **GRUPO ORIENTESALUD S.A.S**, identificada con Nit número **900898297-9** y Representada Legalmente por el señor(a): **DIDIER YESID RAVE ZULUAGA**, identificado con cédula de ciudadanía No **15446973**, o quien haga sus veces, con sede ubicada en la **CALLE 63 A N° 47 25** del municipio de **RIONEGRO**.

**ARTICULO SEGUNDO**: De acuerdo al perfil de los profesionales adscritos o vinculados a GRUPO ORIENTE SALUD S.A.S, con licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo vigente y teniendo en cuenta sus recursos tecnológicos e infraestructura física, se le autoriza para prestar servicios a terceros en las siguientes áreas de Seguridad y Salud en el trabajo:

**1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – PRUEBAS COMPLEMENTARIAS- AUDIOMETRIA – VISIOMETRIA - ESPIROMETRIA**

**ARTICULO TERCERO:** La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

**PARÁGRAFO:** Esta licencia es válida en todo el territorio nacional y tendrá un carácter personal e intransferible

**ARTÍCULO CUARTO**: La Sociedad comercial **GRUPO ORIENTESALUD S.A.S**, deberá cumplir en el ejercicio de sus actividades, con todas las normas legales, técnicas, éticas y de control de calidad establecidas en la legislación vigente en Salud Ocupacional.

**PARÁGRAFO:** Los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, sólo podrán ser ofertados en las áreas concedidas y podrán ser evaluados, vigilados y controlados por los funcionarios competentes, mediante la aplicación de las Normas sobre Auditoría de los Servicios de Salud Ocupacional, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTICULO QUINTO**: Cuando el titular de la licencia, modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho con treinta (30) días de antelación, a su ocurrencia, a la Dirección de Factores de Riesgo de la

*"Por medio de la cual se CONCEDE una licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo"*

**ARTÍCULO SEXTO:** Notificar personalmente esta Resolución al señor (a): **DIDIER YESID RAVE ZULUAGA** o a quien haga sus veces, informándole que contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, en la forma y términos establecidos en los artículos 74 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Dado en Medellín a los

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**FERNANDO LEON HENAO ZEA**
Director Administrativo de Factores de Riesgo
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

| Proyectó-Elaboro: | Aprobó: DEGA |
|---|---|
| **Nombre**: María Piedad Martínez Gallano<br>**Cargo**: profesional universitario | **Nombre**: Dora Elena Gallego Arias<br>**Cargo**: abogada factores de riesgo |

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA.
Medellín 10 enero 2017.
En la fecha notifiqué personalmente al
Señor: Juan Martinez
C.C. No. 15429904
Res. No. 6009861 Fecha 15-12-16
El Notificado
El Notificador

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCION No. *2020060111670*

(23/09/2020)

## DECRETA

**Por medio de la cual se CONCEDE Licencia para ofertar servicios de seguridad y salud en el trabajo a nivel nacional, a una persona natural.**

## EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE FACTORES DE RIESGO DE LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA

En ejercicio de las facultades legales que le confieren las Leyes 09 de 1979 y 1562 de 2012, la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y en especial la Resolución No. 5734 de 2013 expedida por la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, y

## CONSIDERANDO

Que el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012, determinó que la salud ocupacional se entenderá en adelante como Seguridad y Salud en el Trabajo, definiéndola como la disciplina que trata la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores, cuyo objeto es mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

Que el artículo 23 de la citada ley, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social reglamentar en el término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la misma, el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias en salud ocupacional a las personas naturales y jurídicas, determinando como competencia de las entidades departamentales y distritales de salud, la expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional.

Que mediante Resolución No. 4502 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentó el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo definidos en el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012.

Que mediante Resolución No. 5734 del 2013, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, delegó en cabeza del Director Administrativo de Factores de Riesgo la expedición o renovación de las licencias de salud ocupacional.

**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**
**GOBERNACION**

**RESOLUCION No.** *2020060111670*

**(23/09/2020)**

Que el (la) señor(a) **JUAN CAMILO MARTINEZ GOMEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **15439904**, solicitó la Licencia para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, acreditando el cumplimiento de las condiciones y requisitos previstos en la Resolución No. 4502 de diciembre 28 de 2012.

Que la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, después de revisar toda la documentación presentada por el (la) señor (a) **JUAN CAMILO MARTINEZ GOMEZ,** emitió concepto favorable para el otorgamiento de dicha licencia.

En mérito de lo anterior,

**RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Conceder licencia para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, al (la) señor(a) **JUAN CAMILO MARTINEZ GOMEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **15439904**, como **MÉDICO (A) Y CIRUJANO**, EGRESADO DE LA (DEL) UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA **ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL EGRESADO DE LA (DEL) UNIVERSIDAD CES**

**ARTÍCULO SEGUNDO:** La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, en las siguientes áreas o campos de acción:

**1. INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA**
**2. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**3. INVESTIGACIÓN EN ÁREA TÉCNICA DE ACUERDO A SU COMPETENCIA**
**4. DISEÑO ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**5. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN**

**ARTÍCULO TERCERO:** La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, previo diligenciamiento de la solicitud respectiva y el cumplimiento de las condiciones y requisitos previos en las normas legales vigentes, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

**ARTÍCULO CUARTO:** El (la) señor(a) **JUAN CAMILO MARTINEZ GOMEZ** deberá cumplir en el ejercicio de sus actividades, con todas las normas legales, técnicas, éticas y de contról de calidad establecidas en la legislación vigente en Salud Ocupacional.

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCION No. *2020060111670*

(23/09/2020)

**ARTÍCULO QUINTO:** Cuando el titular de la licencia, modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho con treinta (30) días de antelación, a su ocurrencia, a la Dirección de Factores de Riesgo de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia.

**ARTÍCULO SEXTO:** Notificar personalmente esta Resolución a el (la) señor(a) **JUAN CAMILO MARTINEZ GOMEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **15439904**, informándole contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, en la forma y términos establecidos en los artículos 74 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**ARTÍCULO SÉPTIMO:** La Presente Resolución rige a partir de su notificación.

Dado en Medellín el 23/09/2020

Carolina Salazar

DIANA CAROLINA SALAZAR GIRALDO
Directora Administrativa Factores de Riesgo

| | | |
|---|---|---|
| Proyectó: | Yeni Yulitza Copete Mosquera | |
| Aprobó: | María Piedad Martínez Galeano | |

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCION No. *2023060084494*

(01/08/2023)

## DECRETA

**Por medio de la cual se CONCEDE Licencia para ofertar servicios de seguridad y salud en el trabajo a nivel nacional, a una persona natural.**

## DIRECTORA TÉCNICA DE SALUD AMBIENTAL Y FACTORES DE RIESGO DE LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA

En ejercicio de las facultades legales que le confieren las Leyes 09 de 1979 y 1562 de 2012, la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y en especial la Resolución No. 5734 de 2013 expedida por la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, y

## CONSIDERANDO

Que el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012, determinó que la salud ocupacional se entenderá en adelante como Seguridad y Salud en el Trabajo, definiéndola como la disciplina que trata la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores, cuyo objeto es mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

Que el artículo 23 de la citada ley, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social reglamentar en el término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la misma, el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias en salud ocupacional a las personas naturales y jurídicas, determinando como competencia de las entidades departamentales y distritales de salud, la expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional.

Que mediante Resolución No. 4502 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentó el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo definidos en el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012.

Que mediante Resolución No. 5734 del 2013, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, delegó en cabeza de la Dirección de Salud Ambiental y Factores de Riesgo la expedición o renovación de las licencias de salud ocupacional.

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

**RESOLUCION No.** *2023060084494*

**(01/08/2023)**

Que el (la) señor(a) **MARIA MERCEDES ALVAREZ VILLA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **43973434**, solicitó la Licencia para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, acreditando el cumplimiento de las condiciones y requisitos previstos en la Resolución No. 4502 de diciembre 28 de 2012.

Que la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, después de revisar toda la documentación presentada por el (la) señor (a) **MARIA MERCEDES ALVAREZ VILLA,** emitió concepto favorable para el otorgamiento de dicha licencia.

En mérito de lo anterior,

**RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Conceder licencia para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, al (la) señor(a) **MARIA MERCEDES ALVAREZ VILLA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **43973434**, como **MÉDICO (A) CIRUJANO (A),** EGRESADO DE LA (DEL) UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA **ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, EGRESADO DE LA (DEL) UNIVERSIDAD CES**

**ARTÍCULO SEGUNDO:** La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, en las siguientes áreas o campos de acción:

**1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**2. INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA**
**3. INVESTIGACIÓN EN ÁREA TÉCNICA DE ACUERDO A SU COMPETENCIA**
**4. DISEÑO ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**5. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN**

**ARTÍCULO TERCERO:** La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, previo diligenciamiento de la solicitud respectiva y el cumplimiento de las condiciones y requisitos previos en las normas legales vigentes, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

**ARTÍCULO CUARTO:** El (la) señor(a) **MARIA MERCEDES ALVAREZ VILLA** deberá cumplir en el ejercicio de sus actividades, con todas las normas legales, técnicas, éticas y de control de calidad establecidas en la legislación vigente en Salud Ocupacional.

DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCION No. *2023060084494*

**(01/08/2023)**

Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia.

**ARTÍCULO SEXTO:** Notificar personalmente esta Resolución a el (la) señor(a) **MARIA MERCEDES ALVAREZ VILLA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **43973434**, informándole contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, en la forma y términos establecidos en los artículos 74 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**ARTÍCULO SÉPTIMO:** La Presente Resolución rige a partir de su notificación.

Dado en Medellín el 01/08/2023

Carolina Salazar

DIANA CAROLINA SALAZAR GIRALDO
Directora Técnica de Salud Ambiental y Factores de Riesgo

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| Proyectó | Yeni Yulitza Copete Mosquera | |
| Aprobó | María Piedad Martínez Galeano | |
| Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma | | |

Rionegro, enero 25 de 2024

AREPAS RIONEGRO

## CERTIFICADO DE EXPERIENCIA

AREPAS RIONEGRO identificado con NIT 70.723.847-9 certifica que la IPS ORIENTE SALUD S.A.S identificado con NIT 900898297-9 desde hace 5 años nos han acompañado y facilitado los servicios de medicina laboral de ingreso, periodico, reingreso y de retiro. La IPS cumple con las ordenes de examenes solicitadas de todos los cargos que tenemos en la empresa y ha sido oportuna y eficaz para emitir los conceptos médicos.

Se extiende la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime aconveniente.

Atentamente,

Germán Sotelo

REPRESENTANTE LEGAL
NIT 70723847-9
TEL 5679245

Nutriceres
Nutrición consciente
Nit: 901477441-0

La Líder de Talento Humano

Certifica:

Que la empresa GRUPO ORIENTE SALUD S.A.S, quien se identifica con NIT 900.898.297-9 celebro dos contratos de Prestación de Servicios así:

PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO 008 de 2023
CONTRATO 125 de 2023

PERIODO: desde el día 02 de enero de 2023 hasta la fecha, con terminación del plazo contractual del contrato 125-2023 al 31 de diciembre de 2024.

VALOR DE LOS CONTRATOS: VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE. ($20.000.000.00)

DIRECCION NUTRICERES: Vereda La Laja finca 149 - Autopista Medellín Bogotá Rionegro Antioquia.

TELEFONO: 604-5204060

OBJETO CONTRACTUAL: Prestación de servicios para llevar a cabo evaluaciones medicas ocupacionales de ingreso, control periódico, egreso o retiro y pos-incapacidad o de reintegro laboral, de conformidad con la normatividad legal vigente en materia d seguridad y salud en el trabajo.

Para constancia se firma en el municipio de Rionegro, a los veintinueve (29) días del mes de enero de dos mil veinte y cuatro (2024).

Cordialmente,

JANIRE DE JESUS PARRA RODRIGUEZ
Supervisor de contrato
talentohumano@nutriceres.gov.co
NUTRICERES SAS

SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

Medellín, 29 de enero de 2024

**CERTIFICAMOS**

Que **GRUPO ORIENTE SALUD**, con **NIT 900.898.297-9**, es nuestro proveedor de servicios de salud ocupacional, desde enero de 2021.

Hasta la fecha ha sido un buen aliado en la prestación de sus servicios.

Cordialmente,

**CAROLINA ZULUAGA ALVAREZ**
Contadora

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA
# PERSONA JURÍDICA

## (LEY 190 DE 1995 Y LEY 443 DE 1998)
## RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999
## INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

**COBERTURA:** Este Formato Único de Hoja de Vida debe ser diligenciado por toda persona jurídica, aspirante a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración, independientemente de su término de duración.

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

Antes de comenzar a diligenciar este formato tenga en cuenta las siguientes instrucciones :

- Escriba en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro.
- Las fechas deben ir en números arábigos.
- Si requiere ampliar la relación de los contratos de prestación de servicios, utilice una hoja en blanco.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:**

**I. Identificación:**

En el caso de que la entidad o sociedad sea pública, especifique:

**ORDEN:** Marque con "X" si es del orden nacional (NAL), departamental (DPTL), distrital (DIST), municipal (MPL) u otro (OTRO). Si marca esta última, aclare a qué otro orden corresponde.

**TIPO:** Escriba el código de la entidad o sociedad, de acuerdo con la siguiente tabla:

| CÓDIGO | TIPO |
|---|---|
| O1 | MINISTERIO O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO |
| O2 | SUPERINTENDENCIA O UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL |
| O3 | ESTABLECIMIENTO PÚBLICO |
| O4 | ENTE UNIVERSITARIO AUTÓNOMO O EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |
| O5 | EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO |
| O6 | SOCIEDAD DE ECONOMÍA MIXTA |
| O8 | OTRO |

En el caso de que la entidad o sociedad sea privada, escriba la CLASE a que pertenece, de acuerdo con la siguiente tabla:

| CÓDIGO | CLASE |
|---|---|
| 11 | SOCIEDADES COMERCIALES E INSTITUCIONES FINANCIERAS |
| 12 | SOCIEDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO |
| 13 | SOCIEDADES CIVILES |
| 14 | ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES |
| 15 | SOCIEDADES EXTRANJERAS (SUCURSALES Y FILIALES) |
| 16 | OTRA |

**II. Servicios:**

Relacione los principales servicios que ofrece su entidad o sociedad, de acuerdo con el objeto social.

**III. Experiencia y Situación Actual:**

En orden cronológico establezca los contratos de prestación de servicios que su entidad o sociedad ha realizado, escribiendo el nombre de la entidad contratante, si es pública o no, indicando su número telefónico, la fecha de terminación o conclusión del servicio y el valor del contrato, en pesos colombianos.

**IV. Representante Legal o Apoderado:**

Relacione el nombre y la identificación del Representante Legal o Apoderado. Establezca su capacidad de contratación aprobada por estatutos. Marque con X "si" o "no" está incurso, como representante legal o apoderado, dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad existentes. Firme este formato para que la información declarada en él tenga validez. Recuerde anexar los documentos que respaldan su contenido, incluyendo el Certificado de Representación Legal o de Apoderado.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

## I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: GRUPO ORIENTESALUD SAS

SIGLA: GO.IPS | NIT No. 900.898.297-9

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO: | PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:

ORDEN: [ ] NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO ¿CUÁL? _____ | TIPO: [ ][ ] (VER AL RESPALDO) | CLASE: [1][1] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

MUNICIPIO: RIONEGRO | DIRECCIÓN: CALLE 63 A # 47-25

TELÉFONOS: 604 559 56 15 - 319 681 0104 | FAX: | APARTADO AÉREO: 054040

## II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

| | |
|---|---|
| 1 ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN | 2 MEDICINA LABORAL |
| 3 | 4 |
| 5 | 6 |

## III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO:

| ENTIDAD CONTRATANTE | PUB | PRIV | TELÉFONO | FECHA TERMINACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| MUNICIPIO DE EL SANTUARIO | X | | 3178540885 | 31/12/2023 | 2.000.000 |
| EMPRESAS PÚBLICAS DE EL SANTUARIO | X | | 3192257642 | 31/12/2023 | 7.875.000 |
| SISTEMA OPERATIVO DE MOVILIDAD ORIENTE SOSTENIBLE S.A.S. | X | | 3225691794 | 31/12/2023 | 10.498.400 |
| EMPRESA DE SEGURIDAD DEL ORIENTE S.A.S. (ESO) | X | | 3225815417 | 31/12/2023 | 2.855.100 |
| | | | | | |
| | | | | | |

## IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: MARTÍNEZ | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): GÓMEZ | NOMBRES: MARÍA CAMILA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ] | NÚMERO: 39.430.585 | ACTÚA EN CARÁCTER DE: Representante Legal [X] Apoderado [ ] | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $ 50.000.000

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES: _____

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995).

FIRMA: María Camila Martínez G. | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 13/01/2026

## V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE | CIUDAD Y FECHA

El servicio público es de todos | Función Pública

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

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| MARIA | CAMILA | MARTÍNEZ | GÓMEZ |

**Documento de identificación**
C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 39.430.585

**Lugar de Nacimiento**
País COLOMBIA Departamento ANTIOQUIA Municipio RIONEGRO

**Lugar de domicilio**
País COLOMBIA Departamento ANTIOQUIA Municipio RIONEGRO

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

**Cargo o función que cumple**
REPRESENTANTE LEGAL

**Lugar de sede**
País COLOMBIA Departamento ANTIOQUIA Municipio RIONEGRO
Dirección CALLE 63 A # 47-25

**Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019**
Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos respecto de la información directamente relacionada con el desempeño de su

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $ 15.080.000 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | $ 40.000.000 |
| TOTAL | $ 55.080.000 |

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

| TIPO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA (PAÍS) | SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR |
|---|---|---|
| AHORROS | COLOMBIA | $ 565.000 |
| | | |
| | | |
| | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | PAÍS DE UBICACIÓN | DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN | MUNICIPIO DE UBICACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| BIEN INMUEBLE | COLOMBIA | ANTIOQUIA | RIONEGRO | 390,000,000 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| CONCEPTO | SALDO |
|---|---|
| PRESTAMO | $ 308.000 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO | PAÍS |
|---|---|---|
| GRUPO ORIENTESALUD SAS | PRINCIPAL | RIONEGRO |
| PRODUCTOS DE LA CASA SAS | PRINCIPAL | RIONEGRO |
| | | |
| | | |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO | PAÍS |
|---|---|---|
| GRUPO ORIENTESALUD SAS | CAPITALISTA | RIONEGRO |
| PRODUCTOS DE LA CASA SAS | CAPITALISTA | RIONEGRO |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI [ ] NO [ ]

| NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos) | TIPO DE SOCIEDAD | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|---|---|---|
| JOSE GABELO GÓMEZ GÓMEZ | CONYUGUE | 15.420.210 |

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

| PARENTESCO | NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos) | | | | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | Primer nombre | Segundo Nombre | Primer apellido | Segundo apellido | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

### 2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

| GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

| NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO | CALIDAD | VALOR | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

| TIPO DE INVERSIÓN | VALOR | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

| NOMBRE | VALOR DE LA DONACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

| DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 900898297 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | GRUPO ORIENTESALUD SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | RIONEGRO | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 63A # 47 - 25 | TELÉFONO: | 5595615 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | C-MIPYME MENOS DE 200 |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7997100780** | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/12/01 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1971931954 |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002297390 | 230201 | 230201- PROTECCION | 2 | $ 489.900 |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 2 | $ 709.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 4 | **$ 1.199.700** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8000887022 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 4 | $ 300.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 4 | **$ 300.100** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909008419 | CCF04 | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | 4 | $ 300.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 4 | **$ 300.100** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 4 | $ 39.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 4 | **$ 39.400** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 1.839.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 1.839.300** |

# Certificado
# Bancario

Viernes, 14 de noviembre de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GRUPO ORIENTESALUD SAS identificado(a) con NIT 900898297, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA CORRIENTE | 32549638535 | 2015/10/16 | ACTIVA |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.