



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Mesa	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Quintero	NOMBRES Juan Jose
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1002957861	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 12 MES 01 AÑO 2001	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 25 AN #3-58 Conjunto cerrado: La cantera provitec: apto 02 Bloque B	
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia	DEPTO Cauca
DEPTO Cauca	MUNICIPIO Popayan	MUNICIPIO Popayan
MUNICIPIO Popayan	TELÉFONO 3137327834	EMAIL juanmesa2001@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)																																															
<table><tr><td colspan="10">EDUCACIÓN BÁSICA</td><td colspan="2">TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico</td></tr><tr><td colspan="5">PRIMARIA</td><td colspan="5">SECUNDARIA</td><td colspan="1">MEDIA</td><td colspan="2">FECHA DE GRADO</td></tr><tr><td>1o.</td><td>2o.</td><td>3o.</td><td>4o.</td><td>5o.</td><td>6o.</td><td>7o.</td><td>8o.</td><td>9o.</td><td>10o.</td><td>☒</td><td>MES 07</td><td>AÑO 2001</td></tr></table>										EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico		PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO		1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	☒	MES 07	AÑO 2001
EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico																																					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO																																				
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	☒	MES 07	AÑO 2001																																			
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO) DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ECTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA), ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD), RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).																																															
MODALIDAD ACADÉMICA	Nº SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO				TERMINACIÓN MES AÑO		Nº DE TARJETA PROFESIONAL																																					
UN	10	☒		Enfermero				09 2002		1002957861																																					
ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)																																															
IDIOMA			LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE																																						
			R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB																																				
Ingles			X			X			X																																						

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL						
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO			FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD Empresa social del estado hospital de el tambo cauca			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Cauca	MUNICIPIO El Tambo			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitaltambo@gmail.com		
TELÉFONOS 3113392665	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 01 AÑO 2026			FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 02 AÑO 2026		
CARGO O CONTRATO Enfermero	DEPENDENCIA Administrativo y Asistencial			DIRECCIÓN Carrera 5 No 4 – 60		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD Empresa social del estado hospital de el tambo cauca			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Cauca	MUNICIPIO El Tambo			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitaltambo@gmail.com		
TELÉFONOS 3113392665	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 09 AÑO 2025			FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2025		
CARGO O CONTRATO Enfermero	DEPENDENCIA Administrativo y Asistencial			DIRECCIÓN Carrera 5 No 4 – 60		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD Empresa social del estado hospital de el tambo cauca			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Cauca	MUNICIPIO El Tambo			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitaltambo@gmail.com		
TELÉFONOS 3113392665	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 05 AÑO 2025			FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 08 AÑO 2025		
CARGO O CONTRATO Enfermero	DEPENDENCIA Administrativo y Asistencial			DIRECCIÓN Carrera 5 No 4 – 60		

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

18

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO []		FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO []
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Empresa social del estado hospital de el tambo cauca	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cauca	MUNICIPIO El Tambo	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitaltambo@gmail.com	
TELÉFONOS 3113392665	FECHA DE INGRESO DÍA 07 MES 01 AÑO 2025		FECHA DE RETIRO DÍA 06 MES 03 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO Enfermero	DEPENDENCIA Administrativo y Asistencial	DIRECCIÓN Carrera 5 No 4 - 60	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Empresa social del estado hospital de el tambo cauca	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cauca	MUNICIPIO El Tambo	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitaltambo@gmail.com	
TELÉFONOS 3113392665	FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 11 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Enfermero	DEPENDENCIA Administrativo y Asistencial	DIRECCIÓN Carrera 5 No 4 - 60	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO []		FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO []
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA SON VERACES. (ARTÍCULO 56 DE LA LEY 190/95)

Ciudad y fecha de diligenciamiento: Popayán Cauca, 7 de mayo de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha:

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



Swiss Re
Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA
CERTIFICADO
REFERENCIA PAGO
ELECTRONICO
DD MM AAAA
802093043
RM92348
0900412120

SUCURSAL: CALI USUARIO: JAPAEZ1 TIPO CERTIFICADO: Nueva producción FECHA EXPEDICION: 19 05 2026

TOMADOR: JUAN JOSE MESA QUINTERO		C.C. O NIT: 1002957861	
DIRECCIÓN: CL 19 A N 2 48 VDA REAL POMO		CIUDAD: POPAYAN	
E-MAIL: JUANMESA2001@HOTMAIL.COM		TELÉFONO: 3137327834	
ASEGURADO: JUAN JOSE MESA QUINTERO		C.C. O NIT: 1002957861	
DIRECCIÓN: CL 19 A N 2 48 VDA REAL POMO		CIUDAD: POPAYAN	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT: 0000000000	
DIRECCIÓN:		CIUDAD: TEL	

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		NUEVA	
DE	HA	DE	HA	DE	HA
19 05 2026	19 05 2027	200,000,000.00			

INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA	
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO
100.00	BERMUDEZ GALLEGO, LADY DIANA				
				PRIMA NETA	157,505.00
				CARGOS DE EMISIÓN	0.00
				IVA	29,926.00
				TOTAL	187,431.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE		
	Desde	Hasta				%	Mínimo	Hr
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	19-05-2026	19-05-2027	0.00	200,000,000.00	157,505.00	10	1,500,000.00	
Perjuicios Extrapatrimoniales / Vigencia	19-05-2026	19-05-2027	0.00	200,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00	
Perjuicios Extrapatrimoniales / Evento	19-05-2026	19-05-2027	0.00	200,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	19-05-2026	19-05-2027	0.00	200,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	19-05-2026	19-05-2027	0.00	200,000,000.00	0.00	10	1,500,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	19-05-2026	19-05-2027	0.00	40,000,000.00	0.00	10	1,000,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	19-05-2026	19-05-2027	0.00	40,000,000.00	0.00	10	1,000,000.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: ENFERMERO
MODALIDAD SISTEMA BASE DE COBERTURA POR OCURRENCIA

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY, CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS, AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-00-09-04-RCH-E-0001 NOTA TÉCNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EFHCPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR



(413)770998911901(8020)0900412120

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 82.829.836

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de impresión: Tue, 19 May 2026 15:29:52

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

Página 2/2

802093043

RM92348

0900412120

DD MM AAAA

19 05 2026



NIT: 860.070.374-9

SUCURSAL: CALI

USUARIO: JAPAEZ1

TIPO CERTIFICADO: Nueva producción

PÓLIZA
CERTIFICADO
REFERENCIA PAGO
ELECTRONICO

TOMADOR		JUAN JOSE MESA QUINTERO		C.C. O NIT: 1002957861		0	
DIRECCIÓN:		CL 19 A N 2 48 VDA REAL POMO		CIUDAD:		POPAYAN	
E-MAIL:		JUANMESA2001@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:		3137327834	
ASEGURADO:		JUAN JOSE MESA QUINTERO		C.C. O NIT:		1002957861	
DIRECCIÓN:		CL 19 A N 2 48 VDA REAL POMO		CIUDAD:		POPAYAN	
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT:		0000000000	
DIRECCIÓN:				CIUDAD:		TEL.	
VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		NUEVA		200,000,000.00	
DESDE DD MM AAAA		HASTA DD MM AAAA		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN	
19 05 2026		19 05 2027					
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA
100.00	BERMUDEZ GALLEGO, LADY DIANA					PRIMA NETA	PESOS
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS
						IVA	PESOS
						TOTAL	187,431.00

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA HORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY, CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTECIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TÉCNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPHGLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR



(415)7709938511901(0020)0900412120

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 62.420.186

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

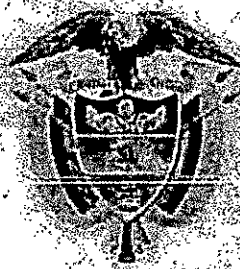
SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE: ORIGINAL: ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Fecha de Impresión:

Tue, 19 May 2026 15:29:52



La República de Colombia
y en su nombre el

Seminario Menor Arquidiocesano

Popayán - Cauca

Con Licencia de Funcionamiento concedida por la Secretaría de Educación del
Departamento del Cauca, según Resolución No. 1043 del 31 de Mayo de 2002.

Confiere a

Juan José Mesa Quintero

T.I. No. 1.002.957.861 de Popayán - Cauca

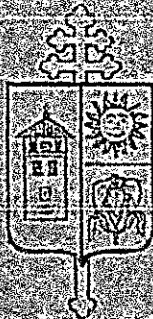
El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Académica, según los Planes y Programas vigentes
contemplados en el Proyecto Educativo Institucional.



Aura Tineo Zamora Guzmán
C.I. No. 1.063.811.852 de Cúmbito - Cauca
Secretaria



Juan José Mesa Quintero
C.I. No. 76.293.636 de Cúmbito - Cauca
Rector

Dado en Popayán - Cauca, a los 8 días del mes de Julio del año 2017.

Audiado en el control Interno del Plantel en el

Libro de Registro No. 023 Folio No. 001 Diploma No. 019

Seminario Menor Arquidiocesano

Popayán - Cauca



Acta Individual de Grado

En la ciudad de Popayán, Cauca, a los 8 días del mes de Julio del año 2017, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría del Seminario Menor Arquidiocesano, Institución aprobada hasta el Grado Once de enseñanza Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Cauca, para otorgar el Título de Bachiller.

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

Juan José Mesa Quintero

C.I. No. 1.002.957.861 de Popayán - Cauca.

Es fiel copia del Acta Original General No. 033 de fecha 8 de Julio del año 2017, que consta de 36 alumnos; y que comienza con el nombre de Albán Tovar Santiago y se cierra con el nombre de Vivas Realpe Juan David.

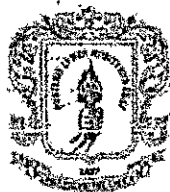
Dada en Popayán - Cauca, el día 8 de Julio del año 2017.

Firmada y sellada por

SECRETARIA
Ana Lucía Sánchez Garzón
C.E. No. 1.000.511.852 de Timbío - Cauca
Secretaria



SEMINARIO MENOR ARQUIDIOCESANO
RECTORIA
Para Juan José Mesa Quintero
C.E. No. 76.215.638 de Timbío - Cauca
Rector



ACTA DE GRADO N° 50 del 27 de septiembre de 2024

En Popayán, Capital del Departamento del Cauca, República de Colombia, a las 8:00a.m del día viernes veintisiete (27) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024) y en cumplimiento de la Resolución R- 0995 del 11 de septiembre de 2024 expedida por la Rectoría de la Alma Máter, se realizó un acto solemne de grado en el Paraninfo Francisco José de Caldas para la entrega de títulos conferidos por la Universidad del Cauca. La Secretaria General, una vez instalada la Ceremonia, lee la Resolución afirmando que el graduando ha cursado y aprobado el plan de estudios con la intensidad horaria requerida y cumple con los requisitos legales y reglamentarios. El Rector le toma el Juramento y le otorga el título de:

ENFERMERO

A:

JUAN JOSE MESA QUINTERO

CC. 1.002.957.861 de POPAYAN

El diploma acredita su idoneidad para ejercer la profesión de Enfermero

Se registra en el Libro de Diplomas N° 088; Folio N° 1237; Diploma N° 1237-24

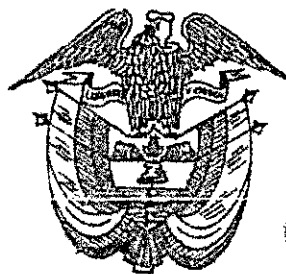
La ceremonia finaliza a la(s) 9:00a.m.

Para constancia se expide la presente Acta de Grado. (Firmado) DEIBAR RENE HURTADO HERRERA - Rector; ADRIANA CASTRO MANUNGA - Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud; LAURA ISMENIA CASTELLANOS VIVAS - Secretaria General.

Se expide en Popayán, Ciudad Universitaria, a veintisiete (27) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024).


LAURA ISMENIA CASTELLANOS VIVAS
Secretaria General

La Universidad del Cauca



En nombre de la
República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

Juan Jose Mesa Quintero

c.c. N° 1.002.957.661 de Popayán

ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios
le otorga el título de

Enfermero

con todos los derechos, privilegios y dignidades que lo facultan para
el ejercicio profesional.

Popayán, 27 de Septiembre de 2024.

Registrado en el Libro de Diplomas N° 088 folio N° 1237

Resolución N° 0995-11.09.24

Diploma N° 1237.24

Acta N° 50.27.09.24

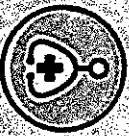
El Rector
de la Universidad

La Decana
de la Facultad

La Secretaria General
de la Universidad



CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÉRITAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSE MESA QUINTERO

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No°: 1002957861

Realizó y aprobó el Curso básico de:

SERVICIO Y MEDICINA TRANSFUSIONAL (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-05-05
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA
GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ



[Signature]

PREMIER JEFE

SHEILA MORA

REPRESENTANTE LEGAL
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD
10609736330

GERENTE GENERAL
10609712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCIÓN
11063 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

27

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSE MESA QUINTERO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1002957861

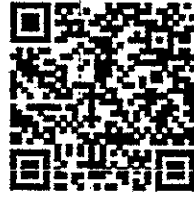
Asistió al curso de:

MANEJO Y GESTION DEL DUELO

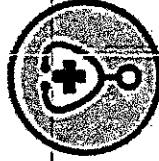
Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 15/11/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

erifique Validez:




LORENA BONILLA
GERENTE
CC1.018.464.584



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MEDICAS


FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC1.069.736.330

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSE MESA QUINTERO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1002957861

Asistió al curso de:

CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO - ACLS

Con una intensidad horaria de 70 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 15/11/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO
NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA
CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

erifique Valdez:



LORENA BONILLA

LORENA BONILLA
GERENTE
CC1.018.464-584



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MEDICAS

FREYNER LEÓN

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736-330

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSE MESA QUINTERO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1002957861

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

(AQS)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 15/11/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO
NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA
CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

erifique Validez:



L. Bonilla

LORENA BONILLA
GERENTE
CC1.018.464-584



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MEDICAS

FREYNER LEÓN

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

ANNOUNCED RESTRICTIONS

CELEBRATION

THE ANNOUNCED RESTRICTIONS OF THE 1918-1919
AND 1920-1921

THE ANNOUNCED RESTRICTIONS OF THE 1918-1919
AND 1920-1921

THE ANNOUNCED RESTRICTIONS OF THE 1918-1919
AND 1920-1921

THE ANNOUNCED RESTRICTIONS OF THE 1918-1919
AND 1920-1921

THE ANNOUNCED RESTRICTIONS OF THE 1918-1919
AND 1920-1921

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSE MESA QUINTERO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1002957861

Asistió al curso de:

**CURSO BÁSICO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL**

Con una intensidad horaria de 45 horas

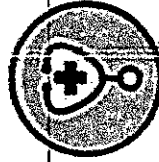
**Este certificado es expedido en la ciudad de Bogotá el 15/11/2024, la presente certificación se expide mediante marco
normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional, esta
certificación tiene vigencia de 1 año a partir de la generación de la misma.**

erilque Valdez:



LORENA BONILLA
GERENTE

CC1.018.464-584



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÉDICAS

FREYNER LEÓN

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSE MESA QUINTERO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1002957861

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO SOPORTE VITAL (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 15/11/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

ertique Valdez:



LORENA BONILLA
GERENTE

CC1.018.464.584



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MEDICAS

FREYNER LEÓN

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSE MESA QUINTERO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1002957861

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 horas

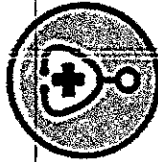
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 15/11/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

erique Valdez:



LORENA BONILLA
GERENTE

CC1.018.464.584



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÉDICAS

FREYNER LEÓN

PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSE MESA QUINTERO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1002957861

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 15/11/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

certifique Validez:



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÉDICAS

LORENA BONILLA

LORENA BONILLA
GERENTE
CC 4.018.464.584

FREYNER LEÓN

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

CERTIMED-YA
NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE:

JUAN JOSE MESA QUINTERO

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1002957861

Asistió al curso de:

**CURSO BÁSICO DE TOMA, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE
LABORATORIO CLÍNICO (TML)**

Con una intensidad horaria de 45 horas

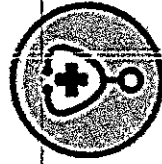
Este certificado es expedido en la ciudad de Bogotá el 15/11/2024, la presente certificación se expide mediante Marco Normativo para la Educación Informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional, esta certificación tiene vigencia de 1 año a partir de la generación de la misma.

erifique Validez:



Luiz

**LORENA BONILLA
GERENTE
CC1.018.464.584**



CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MEDICAS

FREYNER LEÓN

**FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA
NIT:891501104-0



ACTA FINAL DE LIQUIDACION DEL CONTRATO No. 161 DE 2024

ENTIDAD CONTRATANTE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA NIT: 891501104-0
REPRESENTANTE LEGAL	FLOR NELLY ANTE QUINTERO CC. No. No. 25.423.584 EL TAMBO-CAUCA
CONTRATISTA:	JUAN JOSE MESA QUINTERO C.C. NO. 1002957861 DE POPAYÁN DIRECCIÓN: calle 19 A N CR 2 Etapa 1 Casa # 48 Vereda real pomona CELULAR: 3137327834 EMAIL: juanmesa2001@hotmail.com
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA PARA EL DESARROLLO DE LAS OPERACIONES DE EQUIPOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 00001184 DEL 04 DE JULIO 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
VALOR	OCHO MILLONES DE PESOS (\$8.000.000) M/CTE.
C.D.P.	No. 341 DEL 20 DE NOVIEMBRE DE 2024, CÓDIGO 214.5.02.09, RUBRO: SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES.
DURACION	HASTA EL VEINTICUATRO (24) DE DICIEMBRE DEL 2024
SUPERVISOR	FABIAN ANDRES VELA PANTOJA, JEFE OFICINA CIENTIFICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA.

En El Tambo-Cauca, a catorce (14) de enero de dos mil veinticinco (2025) se reunieron en las instalaciones de la Empresa Social del Estado HOSPITAL DE EL TAMBO-CAUCA, su Gerente, la doctora **FLOR NELLY ANTE QUINTERO**, identificada con la cédula de ciudadanía número 25.423.584 expedida en El Tambo-Cauca, que para los efectos de esta acta se denominará LA ENTIDAD CONTRATANTE, por una parte y por otro **JUAN JOSE MESA QUINTERO** con C.C. No. 1002957861 expedida en POPAYÁN, quien en adelante se llamará EL CONTRATISTA, con el fin de elaborar el acta de liquidación final de lo autorizado por medio del contrato No. 161 de 2024, para lo cual se procedió de la siguiente manera: a l del Estado

1	VALOR DEL CONTRATO	\$ 8.000.000
2	VALOR EJECUTADO	\$ 8.000.000
3	VALOR CANCELADO AL CONTRATISTA	\$ 8.000.000
4	VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA	\$ -00-
5	VALOR A FAVOR DE LA ENTIDAD CONTRATANTE	\$ -00-

Las partes manifiestan que una vez suscrita la presente acta de liquidación y pagado el valor total al contratista, se declararan a paz y salvo por concepto de la celebración, ejecución y liquidación del contrato No. 161 de 2024; No quedando saldo a favor de la ENTIDAD CONTRATANTE.

36

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA
NIT:891501104-0



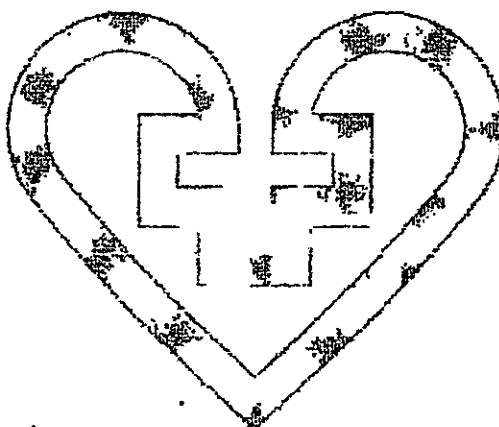
El contratista renuncia a cualquier reclamación por vía administrativa judicial y extrajudicial por eventuales perjuicios, pues declara no haberlos sufrido y por consiguiente suscribe sin salvedades la presente liquidación.

Mediante la presente acta de liquidación, el supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida y en esa medida deben garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones contractuales de las partes.

El recibo del contrato debidamente terminado, no releva al contratista de las acciones civiles y penales por sus actos u omisiones en la actuación contractual a que hace referencia la ley 80 de 1993.


FLOR NELLY ANTE QUINTERO
Gerente.


JUAN JOSE MESA QUINTERO
Contratista.




FABIAN ANDRÉS VELA PANTOJA
Supervisor

Elaboró: Fabian Andrés Vela Pantoja
Revisó: Fabian Andrés Vela Pantoja
Aprobó: Flor Nelly Ante Quintero

E.S.E. HOSPITAL
DE EL TAMBO-CAUCA
Empresa Social del Estado

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA
NIT:891501104-0



ACTA FINAL DE LIQUIDACION DEL CONTRATO No. 39 DE 2025

ENTIDAD CONTRATANTE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA NIT: 891501104-0
REPRESENTANTE LEGAL	FLOR NELLY ANTE QUINTERO CC. No. No. 25.423.584 EL TAMBO-CAUCA
CONTRATISTA:	JUAN JOSE MESA QUINTERO C.C. NO. 1002957861 DE POPAYÁN DIRECCIÓN: calle 19 A N CR 2 Etapa 1 Casa # 48 Vereda real pomona CELULAR: 3137327834 EMAIL: juanmesa2001@hotmail.com
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO(A) PARA EL DESARROLLO DE LAS OPERACIONES DE EQUIPOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – APS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 00001184 DEL 04 DE JULIO 2024, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
VALOR	DIECISEIS MILLONES DE PESOS (\$16.000.000.00) M/CTE
C.D.P.	No. 29 DEL 02 DE ENERO DE 2025, CÓDIGO 2.4.5.02.09, RUBRO: SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES.
DURACION	DOS (02) MESES, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO.
SUPERVISOR	FABIAN ANDRES VELAZQUEZ PANTOJA, JEFE OFICINA CIENTÍFICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA.

En El Tambo-Cauca, a veintiocho (28) de abril de dos mil veinticinco (2025) se reunieron en las instalaciones de la Empresa Social del Estado HOSPITAL DE EL TAMBO-CAUCA, su Gerente, la doctora **FLOR NELLY ANTE QUINTERO**, identificada con la cédula de ciudadanía número 25.423.584 expedida en El Tambo-Cauca, que para los efectos de esta acta se denominará **LA ENTIDAD CONTRATANTE**, por una parte, y por otro **JUAN JOSE MESA QUINTERO**, con C.C. No. 1002957861 expedida en POPAYÁN, quien en adelante se llamará **EL CONTRATISTA**, con el fin de elaborar el acta de liquidación final de lo autorizado por medio del contrato No. 39 de 2025, para lo cual se procedió de la siguiente manera:

1	VALOR DEL CONTRATO	\$ 16.000.000
2	VALOR EJECUTADO	\$ 16.000.000
3	VALOR CANCELADO AL CONTRATISTA	\$ 16.000.000
4	VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA	\$ -00-
5	VALOR A FAVOR DE LA ENTIDAD CONTRATANTE	\$ -00-

Las partes manifiestan que una vez suscrita la presente acta de liquidación y pagado el valor total al contratista, se declararan a paz y salvo por concepto de la celebración, ejecución y liquidación del contrato No. 39 de 2025; No quedando saldo a favor de la ENTIDAD CONTRATANTE.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA
NIT:891501104-0



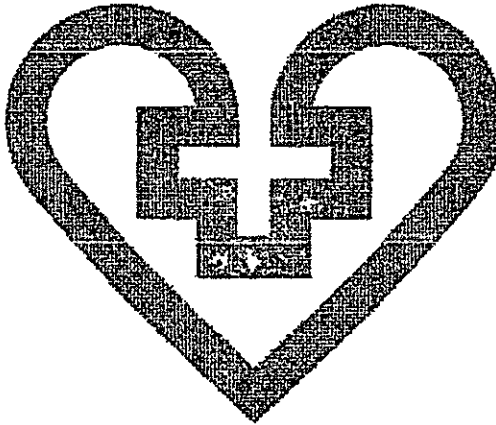
El contratista renuncia a cualquier reclamación por vía administrativa judicial y extrajudicial por eventuales perjuicios, pues declara no haberlos sufrido y por consiguiente suscribe sin salvedades la presente liquidación.

Mediante la presente acta de liquidación, el supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida y en esa medida deben garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones contractuales de las partes.

El recibo del contrato debidamente terminado, no releva al contratista de las acciones civiles y penales por sus actos u omisiones en la actuación contractual a que hace referencia la ley 80 de 1993.


FLOR NELLY ANTE QUINTERO
Gerente.


JUAN JOSE MESA QUINTERO
Contratista.



E.S.E HOSPITAL
DE EL TAMBO-CAUCA
Empresa Social del Estado

FABIAN ANDRES VELA PANTOJA
Supervisor

Elaboró: Fabian Andrés Vela Pantoja
Revisó: Fabian Andrés Vela Pantoja.
Aprobó: Flor Nelly Ante Quintero

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA
NIT:891501104-0



14439

ACTA FINAL DE LIQUIDACION DEL CONTRATO No. 177 DE 2025

ENTIDAD CONTRATANTE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA NIT: 891501104-0
REPRESENTANTE LEGAL	FLOR NELLY ANTE QUINTERO CC. No. No. 25.423.584 EL TAMBO-CAUCA
CONTRATISTA:	JUAN JOSE MESA QUINTERO C.C. NO. 1002957861 DE POPAYAN CAUCA DIRECCIÓN: CARRERA 19AN CARRERA 2 CELULAR: 3137327834 EMAIL: juanmesa2001@hotmail.com
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO(A) PARA EL DESARROLLO DE LAS OPERACIONES DE EQUIPOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 00001499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
VALOR	VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE(\$ 24.000.000.00).
C.D.P.	No. 129 DEL 13 DE MAYO DEL 2025, CÓDIGO 2.4.5.02.09, RUBRO: SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES.
DURACION	TRES (03) MESES, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO.
SUPERVISOR	FABIAN ANDRES VELA PANTOJA, JEFE OFICINA CIENTIFICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA.

En El Tambo-Cauca, a veinte (20) de octubre de dos mil veinticinco (2025) se reunieron en las instalaciones de la Empresa Social del Estado HOSPITAL DE EL TAMBO-CAUCA, su Gerente, la doctora **FLOR NELLY ANTE QUINTERO**, identificada con la cédula de ciudadanía número 25.423.584 expedida en El Tambo-Cauca, que para los efectos de esta acta se denominará **LA ENTIDAD CONTRATANTE**, por una parte y por otro, **JUAN JOSE MESA QUINTERO** con C.C. No. 1002957861 expedida en POPAYAN CAUCA, quien en adelante se llamará **CONTRATISTA**, con el fin de elaborar el acta de liquidación final de lo autorizado por medio del contrato No. 177 de 2025, para lo cual se procedió de la siguiente manera:

1	VALOR DEL CONTRATO	\$ 24.000.000
2	VALOR EJECUTADO	\$ 24.000.000
3	VALOR CANCELADO AL CONTRATISTA	\$ 24.000.000
4	VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA	\$ -00-
5	VALOR A FAVOR DE LA ENTIDAD CONTRATANTE	\$ -00-

Las partes manifiestan que una vez suscrita la presente acta de liquidación y pagado el valor total al contratista, se declararan a paz y salvo por concepto de la celebración, ejecución y liquidación del contrato No. 177 de 2025; No quedando saldo a favor de la ENTIDAD CONTRATANTE.

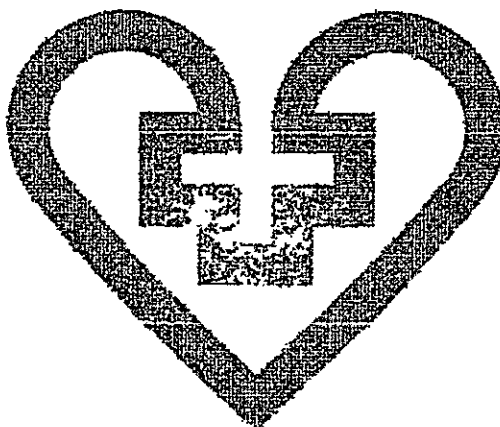
El contratista renuncia a cualquier reclamación por vía administrativa judicial y extrajudicial por eventuales perjuicios, pues declara no haberlos sufrido y por consiguiente suscribe sin salvedades la presente liquidación.

Mediante la presente acta de liquidación, el supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida y en esa medida deben garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones contractuales de las partes.

El recibo del contrato debidamente terminado, no releva al contratista de las acciones civiles y penales por sus actos u omisiones en la actuación contractual a que hace referencia la ley 80 de 1993.


FLOR NELLY ANTE QUINTERO
Gerente.


JUAN JOSE MESA QUINTERO
Contratista.




FABIAN ANDRÉS VELA PANTOJA
Supervisor

Elaboró: Fabian Andrés Vela Pantoja
Revisó: Fabian Andrés Vela Pantoja
Aprobó: Flor Nelly Ante Quintero

E.S.E HOSPITAL
DE EL TAMBO-CAUCA
Empresa Social del Estado

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA
NIT:891501104-0



ACTA FINAL DE LIQUIDACION DEL CONTRATO No. 283 DE 2025

ENTIDAD CONTRATANTE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA NIT: 891501104-0
REPRESENTANTE LEGAL	FLOR NELLY ANTE QUINTERO CC. No. No. 25.423.584 EL TAMBO-CAUCA
CONTRATISTA:	JUAN JOSE MESA QUINTERO C.C. NO. 1002957861 DE POPAYÁN - CAUCA DIRECCIÓN: calle 19 AN Vereda Real Pomona CASA #48 CELULAR: 3137327834 EMAIL: juanmesa2001@hotmail.com
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO(A) PARA EL DESARROLLO DE LAS OPERACIONES DE EQUIPOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 00000615 DEL 07 DE ABRIL 2025, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
VALOR	VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE(\$ 24.000.000,00).
C.D.P.	No. 240 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DEL 2025, CÓDIGO 2.4.5.02.09, RUBRO: SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES.
DURACION	TRES (03) MESES, CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO.
SUPERVISOR	FABIAN ANDRES VELAZQUEZ, JEFE OFICINA CIENTÍFICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA.

En El Tambo-Cauca, a nueve (09) de enero de dos mil veintiséis (2026), se reunieron en las instalaciones de la Empresa Social del Estado HOSPITAL DE EL TAMBO-CAUCA, su Gerente, la doctora FLOR NELLY ANTE QUINTERO, identificada con la cédula de ciudadanía número 25.423.584 expedida en El Tambo-Cauca, que para los efectos de esta acta se denominará LA ENTIDAD CONTRATANTE, por una parte y por otro, JUAN JOSE MESA QUINTERO con C.C. No. 1002957861 expedida en POPAYÁN - CAUCA quien en adelante se llamará EL CONTRATISTA, con el fin de elaborar el acta de liquidación final de la autorización por medio del contrato No. 283 de 2025, para lo cual se procedió de la siguiente manera:

1	VALOR DEL CONTRATO	\$ 24.000.000,00
2	VALOR EJECUTADO	\$ 24.000.000,00
3	VALOR CANCELADO AL CONTRATISTA	\$ 24.000.000,00
4	VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA	\$ -00-
5	VALOR A FAVOR DE LA ENTIDAD CONTRATANTE	\$ -00-

Las partes manifiestan que una vez suscrita la presente acta de liquidación y pagado el valor total al contratista, se declararan a paz y salvo por concepto de la celebración, ejecución y liquidación del contrato No. 283 de 2025; No quedando saldo a favor de la ENTIDAD CONTRATANTE.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA
NIT:891501104-0



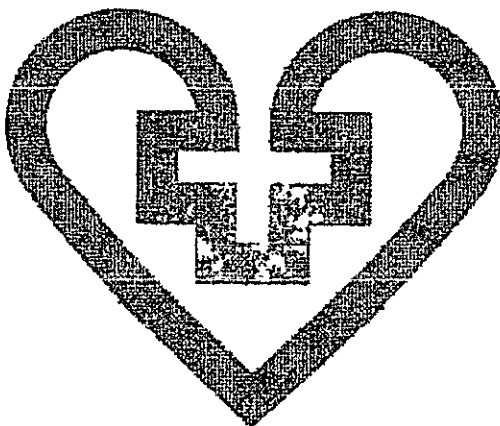
El contratista renuncia a cualquier reclamación por vía administrativa judicial y extrajudicial por eventuales perjuicios, pues declara no haberlos sufrido y por consiguiente suscribe sin salvedades la presente liquidación.

Mediante la presente acta de liquidación, el supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida y en esa medida deben garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones contractuales de las partes.

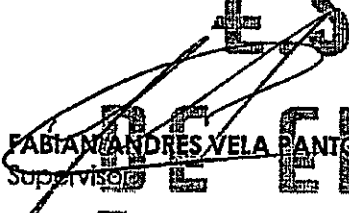
El recibo del contrato debidamente terminado, no releva al contratista de las acciones civiles y penales por sus actos u omisiones en la actuación contractual a que hace referencia la ley 80 de 1993.


FLOR NELLY ANTE QUINTERO
Gerente.


JUAN JOSE MESA QUINTERO
Contratista.



E.S.E. HOSPITAL
DE EL TAMBO-CAUCA
Social del Estado


FABIÁN ANDRÉS VELA PANTOJA
Supervisor

Elaboró: Fabián Andrés Vela Pantoja
Revisó: Fabián Andrés Vela Pantoja.
Aprobó: Flor Nelly Ante Quintero

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA
NIT:891501104-0



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 034 DE 19 DE ENERO DE 2026

ENTIDAD CONTRATANTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO - CAUCA NIT:891501104-0
REPRESENTANTE LEGAL	FLOR NELLY ANTE QUINTERO CC. No. 25.423.584
CONTRATISTA	JUAN JOSE MESA QUINTERO CC. No. 1.002.957.861 DE POPAYÁN - CAUCA CORREO ELECTRÓNICO: juanmesa2001@hotmail.com
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO(A) PARA EL DESARROLLO DE LAS OPERACIONES DE EQUIPOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 00000615 DEL 07 DE ABRIL 2025, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
DURACIÓN	UN (01) MES, CONTADO A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.
VALOR	OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$8.000.000.00)
CDP	CDP No. 35 DE 02 DE ENERO DE 2026, CÓDIGO: 2.4.5.02.09, RUBRO: SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES.
SUPERVISOR	FABIÁN ANDRÉS VELA PANTOJA, JEFE OFICINA CIENTÍFICA DE LA ESE HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA.

Entre los suscritos a saber la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA, entidad descentralizada del orden Municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, transformada por Acuerdo No. 008 de fecha 08 de junio de 2000, representada por su Gerente, la Doctora FLOR NELLY ANTE QUINTERO, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 25.423.584 expedida en El Tambo Cauca, nombrada mediante Decreto No. 0024 de fecha 01 de abril de 2024 y Acta de Posesión No. 0013 de 01 de abril de 2024, en adelante denominada LA ENTIDAD CONTRATANTE, por una parte y por la otra JUAN JOSE MESA QUINTERO, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.002.957.861, expedida en POPAYÁN CAUCA, actuando en su propio nombre y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar un CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, que se registrará por el Acuerdo No. 0011 del 22 de octubre de 2024, por medio del cual se adopta el Manual de la Contratación de la Empresa Social del Estado HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA y demás disposiciones legales vigentes y que en particular se rige por las siguientes cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA. - OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO(A) PARA EL DESARROLLO DE LAS OPERACIONES DE EQUIPOS BÁSICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 00000615 DEL 07 DE ABRIL 2025, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. **PARÁGRAFO UNO:** Hará parte integral de este contrato, los estudios previos elaborados por la entidad y la propuesta escrita del contratista. **CLÁUSULA SEGUNDA. - VALOR:** Para todos los efectos fiscales el valor del presente contrato se estima en la suma de OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$8.000.000.00). **CLÁUSULA TERCERA. - FORMA DE PAGO:** La ESE HOSPITAL DE EL TAMBO - CAUCA, pagará al CONTRATISTA el valor del contrato, en un (01) pago mensual por valor de OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$8.000.000.00), previa presentación de la cuenta de cobro y/o factura e informe técnico que evidencie el cumplimiento de las actividades objeto del contrato durante el tiempo de operación.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA
NIT:891501104-0



Para efectos de realizarse los pagos, y el respectivo Informe de supervisión, acta de recibido a satisfacción de bienes y o servicios y acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes a seguridad social (salud, pensión y riesgos). **PARÁGRAFO PRIMERO:** El supervisor designado por la entidad, deberá elaborar el acta de liquidación final con el fin de ser suscrita por las partes. Y una vez cancelada, las partes se declararán a paz y salvo. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Las partes con la firma de este contrato acuerdan, que si pasados diez (10) días hábiles al vencimiento del plazo el contratista no se presenta a celebrar el acta de liquidación final, la entidad contratante podrá hacerlo de manera unilateral, sin que la asista razón en reclamo alguno por parte del contratista. **CLÁUSULA CUARTA. - IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato queda sujeto a las reservas y compromisos presupuestales. El registro presupuestal para el presente contrato se hará con cargo al presupuesto de la Empresa Social del Estado HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA de la presente vigencia fiscal 2026, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP - No. 35 DE 02 DE ENERO DE 2026, CÓDIGO: 2.4.5 02.09, RUBRO: SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES. **CLÁUSULA QUINTA. - DURACIÓN DEL CONTRATO:** El término de duración del contrato será de un (01) mes, contado a partir de la legalización del mismo, previo registro presupuestal y celebración del acta de inicio. **CLÁUSULA SEXTA. - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. A. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:** EL CONTRATISTA se obliga a ejecutar las siguientes obligaciones específicas en virtud del desarrollo del objeto contractual, así: **A. ESPECÍFICAS:** El contratista desarrollará las siguientes actividades en los Territorios y Microterritorios con las Familias Asignadas, en el área rural, de El Municipio De El Tambo Cauca, conforme la periodicidad, meta y entregables, así:

Nº	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	META	ENTREGABLES (MEDIO DE VERIFICACIÓN)
1	Elaboración y retroalimentación del Plan de Trabajo para el despliegue del equipo en territorio según le corresponda.	Mensual	Plan de Trabajo elaborado y actualizado	Documento Excel Plan de Trabajo
2	Elaboración el cronograma mensual de las actividades del integrante del equipo básico de salud.	Mensual	Cronograma realizado	Cronograma mensual de actividades
3	Elaboración del plan de trabajo mensual del equipo básico de salud	Mensual	Plan de trabajo elaborado	formato de plan de trabajo
4	Liderar el proceso de articulación, socialización y concertación con actores sociales, comunitarios e interlocutores para comunicar las actividades que ejecutará el equipo básico de salud en cada micro territorio.	Mensual	Según demanda	Oficinas de gestión y articulación, flyers informativos, entre otros, Directorio de actores sociales
5	Realizar valoración integral en salud primera infancia, Infancia y adolescencia, Atención prenatal en bajo riesgo, en Planificación Familiar, valoración clínica de mama, toma de CCU Convencional y Líquida, realizar tamizajes de RCV e ITS.	Mensual	Mínimo al 90% de los individuos caracterizados que aplican para cada actividad según RPMS.	Instrumentos de atención archivados y digitalizados e historia clínica RFAS diligenciados.

44
87X

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA

NIT:891501104-0



6	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado	Mensual	Al 100% de las Familias Identificadas y Asignadas para la intervención del Riesgo	Instrumento de seguimiento diligenciado
7	Liderar la formulación, concertación, ejecución y seguimiento del plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores	Mensual	Al 100% de las Familias Identificadas y Asignadas para la intervención del Riesgo	Plan Integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica
8	Brindar educación para la salud, información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y del entorno	mensual	Al 100% de los pacientes caracterizados	Listados de asistencia, evidencia fotográfica y planes de cuidado
9	Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública	Mensual	100% de los pacientes que lo Requieran	Instrumento de canalización diligenciado
10	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	mensual	100% de los pacientes que requieren remisión.	Registro de remisión.
11	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	Mensual	Al 100% de las Familias caracterizadas	Flyer Digitales, Volantes Informativos, videos, Infografías.
12	Canalizar a la oferta de servicios brindados por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud Identificadas.	Mensual	Al 100% de las Familias Identificadas y Asignadas para la intervención del Riesgo	Instrumento de canalizaciones diligenciado
13	Realizar el proceso de canalización de individuos que no tengan red primaria de atención con la que opera el EBS, e identificar el mejor medio para retroalimentación a partir de las EAPB.	Mensual	Según demanda	Soportes de reporte y gestión (oficios, pantallazos, etc)
14	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	Mensual	Al 100% de las Familias Identificadas y Asignadas para la	Instrumento de seguimiento diligenciado y actualizado.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA

NIT:891501104-0



			Intervención del Riesgo.	
15	Realizar los informes mensuales del equipo básico de salud en los tiempos definidos por la Institución que dé cuenta de las actividades ejecutadas por los perfiles con análisis cuantitativo y cualitativo con base a los lineamientos del Ministerio de Salud	Mensual	100% de informes elaborados	Informes técnicos cualitativos y cuantitativos mensuales.
16	Liderar el desarrollo mensual de los comités de seguimiento y mesas de trabajo dentro de las acciones de concertación y gestión.	Mensual	100% de los comités de seguimiento realizados	actas, listados de asistencia y evidencia fotográfica
17	Implementar un proceso de verificación de la calidad del dato de la información de caracterización familiar cargada al Sistema SI-APS.	Mensual	100% de los comités de seguimiento realizados	Instrumento de seguimiento diligenciado y actualizado.
18	Realizar las demás actividades que en el marco de la Ejecución del Proyecto que se requieran.	Mensual	Ejecución del 100% de ejecución de las demás actividades requeridas.	Los establecidos por el Coordinador de Proyecto.

B. GENERALES: 1. Desarrollar y cumplir el objeto del Contrato, en las condiciones de calidad, oportunidad, y obligaciones definidas en el presente Contrato. 2. El contratista se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedarán a cargo del coordinador, administrador o contratista y este responderá por ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato. 3. Cumplir las normas legales vigentes frente al sistema de seguridad social y parafiscales en lo referente al pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral. 4. Constituir las pólizas exigidas por la entidad si hubiera lugar a ello. 5. Cumplir con diligencia, eficiencia e imparcialidad el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acción u omisión que cause la suspensión o perturbación del servicio o que implique abuso o ejercicio indebido de las actividades que se realicen. 6. Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación con motivo del servicio. 7. Desarrollar sus actividades en forma eficiente, oportuna y a cabalidad para el logro de los objetivos propuestos por el supervisor. 8. Presentar los informes en forma oportuna y dentro de los términos solicitados por el Supervisor; con el fin de verificar el cumplimiento de sus actividades y del objeto a contratar. 9. Garantizar la confidencialidad y privacidad de la información que por razón del contrato deba manejar. 10. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley que tengan por finalidad obligar a realizar u omitir algún acto o hecho. En tales eventos, EL CONTRATISTA deberá informar inmediatamente al HOSPITAL y demás autoridades competentes sobre el acaecimiento de tales sucesos. 11. Se deberá acreditar durante la ejecución del objeto contractual, el pago de los aportes frente al régimen de seguridad social integral, en los términos y condiciones establecidas en las leyes, normas sobre la materia y demás normas complementarias. 12. Pagar los impuestos, tasas y tributos etc., a que hubiere lugar en razón del contrato. 13. Deberá entregar a la ESE HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA la información que se genere con ocasión a la ejecución del presente objeto contractual. 14. Responder por los daños o pérdidas causadas a los insumos y

Carrera 5 No 4 - 60/Código postal 193570 - Celular: 3113392665 - 3154910264 - 3182824873

www.esehospitaldeltambo.eltambo-cauca.gov.co

Email: hospitaltambo@gmail.com

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA

NIT:891501104-0



90/47

elementos que se le suministran para el desarrollo de sus actividades. **PARÁGRAFO:** Estas actividades son asignadas de esta forma en cumplimiento a los lineamientos y a la Resolución No. 00000615 DE 2025, emitida por el Ministerio De Salud Y Protección Social. **CLÁUSULA SÉPTIMA. - OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.** - La ESE HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA tendrá las siguientes obligaciones: a) Cancelar los pagos de acuerdo a lo pactado, previa certificación de la persona que ejerza el control y la vigilancia del contrato. b) Ejercer la supervisión del contrato y las demás necesidades para el desarrollo del objeto del contrato. c) Designar la persona que ejerza el control y la vigilancia del contrato. d) Prestar la colaboración necesaria al CONTRATISTA para la debida ejecución del contrato. **CLÁUSULA OCTAVA - IMPUESTOS Y GASTOS:** Los impuestos y gastos que demanden la legalización y ejecución del presente contrato correrán por cuenta del contratista. **CLÁUSULA NOVENA. - EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL.** En ningún caso éste contrato genera relación laboral ni prestaciones sociales, por lo cual EL CONTRATISTA, no contraen vínculo de carácter laboral con LA ENTIDAD CONTRATANTE - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA. El contratista no tiene derecho a los emolumentos pactados y no podrá reclamar válidamente el pago de prestaciones sociales por la ejecución de las actividades encomendadas relacionadas con el objeto contractual. **CLÁUSULA DÉCIMA. - CESIÓN:** EL CONTRATISTA no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin previo consentimiento escrito de la ENTIDAD CONTRATANTE. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. - OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES:** EL CONTRATISTA se compromete a cumplir con su obligación de afiliación a salud y pensiones, como independiente debiéndose cotizar sobre el cuarenta por ciento (40%) del valor mensual del contrato, por lo cual el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la moral mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato o a la fecha de su liquidación se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa. Lo anterior de acuerdo a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2.002, artículo 4 de la ley 797 de 2.003, artículo 1 de la ley 7828 de 2.003, artículo 18 de la ley 1122 de 2007, artículo 23 del Decreto 1703 de 2.002 y demás normas que regulan la materia. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. - CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato se terminará por las siguientes causas: a. Incumplimiento total o parcial, debidamente comprobado. b. Por la ocurrencia de hechos imprevisibles que imposibiliten la ejecución del objeto. c. Por mutuo acuerdo entre las partes. **PARÁGRAFO:** En el evento en que el contratista manifieste su voluntad de terminar anticipadamente el contrato, se obliga a informar a la entidad contratante con quince (15) días de anticipación, para que esta inicie los trámites administrativos respectivos. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. - CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** En caso del incumplimiento o declaratoria de caducidad del contratista, sin perjuicio de imposición de multa, LA ENTIDAD CONTRATANTE - LA E.S.E. HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA, podrá imponer al Contratista mediante resolución motivada una sanción equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato, como sanción anticipada de perjuicio. El valor de la cláusula penal se toma del saldo a favor del contratista si lo hubiese o de las garantías constituidas, y si esta última no fuese posible se cobrará por jurisdicción coactiva. **PARÁGRAFO:** EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato a la ENTIDAD CONTRATANTE, para que dicho valor sea descontado directamente del saldo a su favor, de acuerdo a lo establecido en el título XVII del Código Civil, Artículo 1714 y siguientes, y si ello no fuere posible se tomará de la garantía de cumplimiento o se cobrará por vía judicial. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: MULTAS CONMINATORIAS, PACTADAS COMO CLÁUSULA EXCEPCIONAL AL DERECHO COMÚN:** En caso de mora o de incumplimiento parcial o total en las obligaciones contractuales, LA ENTIDAD CONTRATANTE podrá imponer por cada día de

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA

NIT:891501104-0



incumplimiento, multas conminatorias sucesivas con valor equivalente al cinco por ciento (5%) del valor del contrato, mediante resolución motivada, es decir que se pacta como Cláusula Excepcional al Derecho Común. En firme la Resolución, prestará merito ejecutivo contra EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO. - PROCEDIMIENTO PARA LA IMPOSICION DE MULTAS Y LA APLICACION DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA:** El procedimiento que adelantará LA ENTIDAD CONTRATANTE, para la imposición de multas y la aplicación de la Cláusula Penal Pecuniaria, será el establecido en la ley 1437 de 2011 y demás normas concordantes, modificatorias o adicionales. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento que no le asiste ninguna inhabilidad ni incompatibilidad de la previstas en la Ley para suscribir este contrato, así mismo que no se encuentra incurso en causal de impedimento ni conflicto de intereses y si así lo fuere se hará responsable por los daños y los perjuicios que se ocasionen ante LA ENTIDAD CONTRATANTE - LA E.S.E HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA y frente a terceros. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. - SUPERVISION:** La supervisión de la ejecución del presente contrato será ejercido por el señor **FABIÁN ANDRÉS VELA PANTOJA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.061.746.453, de la ciudad de Popayán -cauca, jefe oficina técnica de la ESE Hospital de El Tambo Cauca, o a quien la Gerencia de la entidad designe para tal efecto, quien en cumplimiento de sus obligaciones solicitará las evidencias necesarias para verificar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por EL CONTRATISTA en el presente contrato, impartirá las instrucciones y efectuará las observaciones siempre por escrito requeridas para el óptimo cumplimiento de estas obligaciones, igualmente expedirá los informes, conceptos, certificaciones y visto bueno derivadas del proceso de control y vigilancia. Esta vigilancia será el medio de comunicación entre EL CONTRATISTA y la E.S.E Hospital de El Tambo Cauca. Para el pago de los servicios prestados y de toda cuenta sobre este contrato, es indispensable el visto bueno de forma escrita de quien ejerza el control y la vigilancia, donde certifique el cumplimiento a satisfacción del objeto contractual. De igual manera al presente contrato se realizarán las respectivas revisiones para verificar el cumplimiento de las obligaciones recíprocas por las personas que designen las partes. Todo de acuerdo al artículo 83 de la ley 1474 de 2011. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. - DOMICILIO CONTRACTUAL:** Las partes declaran que de común acuerdo para todos los efectos legales, extralegales y contractuales, han como domicilio el Municipio de El Tambo - Cauca, ESE HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. - SUSPENSIÓN VOLUNTARIA:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes, suspender temporalmente la ejecución del presente contrato mediante un acta donde conste tal evento, sin que para el plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. - CLAUSULAS EXCEPCIONALES:** La ENTIDAD CONTRATANTE - E.S.E HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA, queda facultada para aplicar las cláusulas excepcionales al derecho común de **TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN y MODIFICACIÓN UNILATERAL** previstas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80/93 y de **CADUCIDAD** (art.18) en caso de incumplimiento de la CONTRATISTA. **CLÁUSULA VIGÉSIMA. - LIQUIDACIÓN:** El presente contrato se liquidará por parte de la ENTIDAD CONTRATANTE - dentro de los seis (6) meses siguientes a su terminación mediante acta firmada de común acuerdo por las partes contratantes, la cual contendrá un balance sobre la ejecución del contrato, los pagos realizados, los acuerdos a que lleguen las partes sobre la ejecución del mismo; todo ello de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993. **PARÁGRAFO:** Lo aquí pactado no tendrá efectos legales, cuando la entidad contratante haga uso del parágrafo segundo de la cláusula tercera pactada en este contrato. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. - INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA se obliga por este documento a mantener a la ESE HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA, a sus representantes y asesores, indemnes y libres de todo reclamo, demanda, litigio, acción judicial, reivindicación de cualquier especie y naturaleza que se entable o pretenda entablar o instaurar en su contra por

causa u omisiones suyas en razón de la ejecución del presente contrato. Esta situación y forma de contratación es clara para EL CONTRATISTA quien asume y entiende que no es inducida ni mantenida en error por parte de LA EMPRESA. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: GARANTÍAS:** El CONTRATISTA deberá aportar **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA:** que proteja contra los perjuicios causados en el cumplimiento del objeto del contrato, derivados de dicha actividad y deberá estar vigente durante el plazo de ejecución del contrato. **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente Contrato se considera perfeccionado con la firma de las partes y para su ejecución se requiere de la expedición del correspondiente registro presupuestal por parte de la ESE HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA y acta de inicio firmada por las partes.

Para constancia se firma en El Tambo - Cauca, a los diecinueve (19) días del mes de enero de dos mil veintiséis (2026).

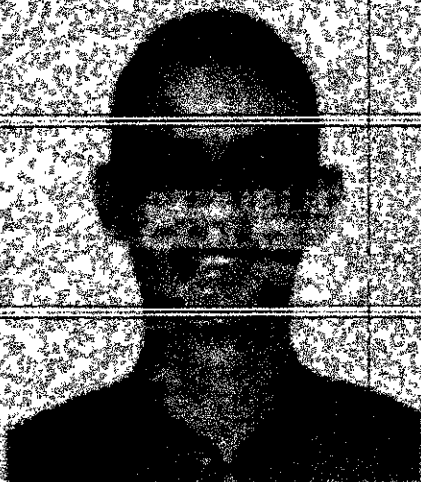

FLOR NELLY ANTE QUINTERO
Gerente ESE Hospital de El Tambo Cauca.

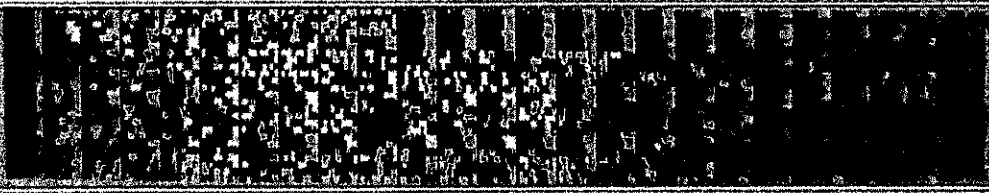

JUAN JOSE MESA QUINTERO
Contratista.

Elaboró y Revisó: Sirley Yuliana Llanén - Abogada Contratista.
Aprobó: Flor Nelly Ante Quintero - Gerente ESE hospital de El Tambo Cauca.

E.S.E HOSPITAL
DE EL TAMBO-CAUCA
Empresa Social del Estado

DS

REPUBLICA DE COLOMBIA	
IDENTIFICACION PERSONAL	
Cedula de Ciudadania	
1.002.957.861	
MESAQUINTERO	
JOSE	
JOSE	
	

	LUGAR DE NACIMIENTO		PAQUETES ZUMBI
	POPAYAN		
	(CAUCA)		
	LUGAR DE NACIMIENTO		
	1.75	O+	M
	ESTATURA	G.S. RH	SEXO
	17-ENE-2013 POPAYAN		
	FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION		
INDICE DERECHO			
			
P-1100100-01006572-M-1002957861-20190222			

5

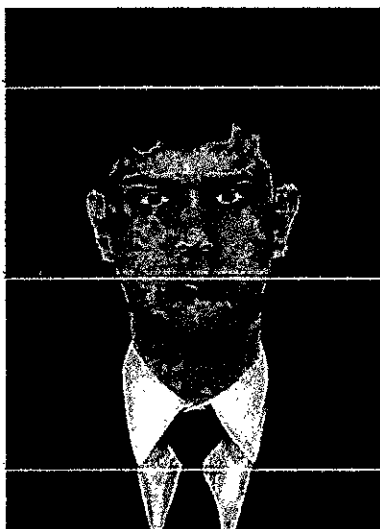
DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción		4. Número de formulario		141142908368	
		 (415)7707212489984(8020) 000014114290836 8			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 0 2 9 5 7 8 6 1		6. DV 0	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Popayán		14. Buzón electrónico
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión líquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de identificación 1 0 0 2 9 5 7 8 6 1	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Cauca		30. Ciudad/Municipio Popayán	
31. Primer apellido MESA		32. Segundo apellido QUINTERO		33. Primer nombre JUAN	
35. Razón social		34. Otros nombres JOSE		0 0 1	
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Cauca		40. Ciudad/Municipio Popayán	
41. Dirección principal CL 19 A CR 2 ET 1 CA 48 BRR VEREDA REAL POMONA		43. Código postal		45. Teléfono 2	
42. Correo electrónico juanmesa2001@hotmail.com		44. Teléfono 3 1 3 7 3 2 7 8 3 4			
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 4 1 1 1 2		50. Código 1 2	
48. Código		49. Fecha inicio actividad		51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 0					
20- Obtención NIT					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
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 ☐					
60. No. de Folios 1					
61. Fecha 2024-11-12/ 11:24:29AM					
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 FLOREZ VIDAL JUAN MANUEL					
985. Cargo Analista III					

52

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL



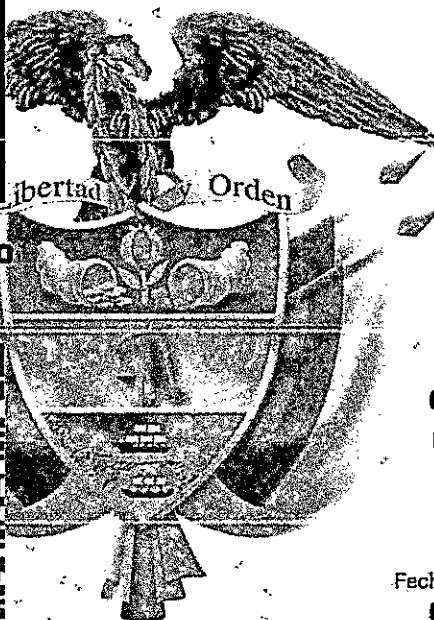
DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS



JUAN JOSE MESA QUINTERO
C.C. 1002957861



Republica De Colombia
Ministerio De Defensa
Fuerzas Militares
Ejercito Nacional



Fecha de Exp.
01/04/2026

Distrito Militar
020

Tarjeta Militar
2da Clase

Fecha de la constancia
01/04/2026

Código de verificación
1775064764

Pertenece a la reserva de

Fecha de 1era línea
2031

Fecha de 2da línea
2041

Fecha de 3da línea
2051

Esta documento es obligatorio presentarlo para todos los actos públicos y privados determinados por la ley 1861/2017 y demás leyes que lo modifiquen o adicionen

PATRIA, HONOR, LEALTAD

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO

Cra. 11 B No. 104*-64 Bogotá D.C- Colombia
CallCenter: (601) 4261420

COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

Salud



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERO

JUAN JOSE MESA QUINTERO

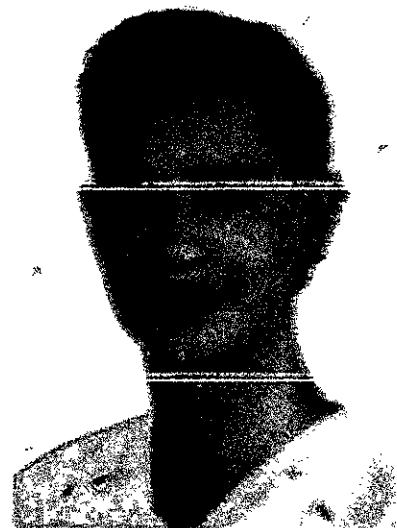
C.C. 1.002.957.861

Universidad Del Cauca

Popayan

Fecha de Expedición del Diploma: 27/09/2024

Fecha de Inscripción en Rethus: 07/11/2024



64641

Cecilia Vazquez

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.oceinfo.org.co

5

CC '10023957861 JUAN JOSE MESA QUINTERO Vigente Ver

2026-04-30-5:17:45 PM

Información Académica

Datos \$50

información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El 1



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1 - Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

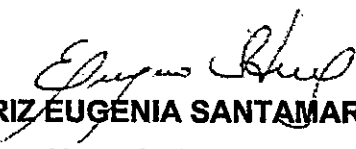
Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, JUAN JOSE MESA QUINTERO, con CC No. 10029578621, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 7 de mayo de 2026.

Atentamente


EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:



56



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 295496673



PIB
11:22:33
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 de mayo 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) JUAN JOSE MESA QUINTERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002957861:

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 figuran en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2018.

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

Olga Lucía Tibocha Cortés
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

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.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:23:57 AM horas del 07/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1002957861

Apellidos y Nombres: **MESA QUINTERO JUAN JOSE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado #
75 - 25 barrio Modelia, Bogotá
D.C.

Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm

Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)

Resto del país: 018000 910 112

E-mail: dijin.araic-etc@policia.gov.co



Presidencia



Ministerio de



Portal Único

GOV.CO



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 07 de mayo de 2026, a las 11:25:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía	
No. Identificación	1002957861	
Código de Verificación	1002957861260507112543	

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



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, 07/05/2026 11:28:03 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1002957861** y
Nombre: **JUAN JOSE MESA QUINTERO**.

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. **139724139** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

**Dios y
Patria**

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

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA****GOV.CO**



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 1002957861 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 07/05/2026 11:32 AM



Código Verificación: **R4MTZ691CE**

Válida hasta: **05/08/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

6A

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:36:54 horas del 07/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1002957861**,
Apellidos y Nombres **MESA QUINTERO JUAN JOSE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **La ESE Hospital de El Tambo**, con NIT **891501104-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Juan Jose Mesa Quintero, identificado(a) con CC número 1002957861, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1002957861
NOMBRES Y APELLIDOS	Juan Jose Mesa Quintero
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	12/01/2001
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	28 - Subsidiado
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	31/12/2025
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	56 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Subsidiado
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	07/01/2026
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1002957861 Trabajador independiente
Desde 11/10/2025 Hasta 31/12/2025
CEDULA DE CIUDADANIA 1002957861 JUAN JOSE MESA QUINTERO Desde 11/10/2025
Hasta 31/12/2025
CEDULA DE CIUDADANIA 1002957861 JUAN JOSE MESA QUINTERO Desde 16/05/2025 Hasta 15/08/2025

63



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN JOSE MESA QUINTERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 1002957861**, se encuentra afiliado/a desde **15/11/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de abril de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VERIFICADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA

comfacauc

al servicio del trabajador y su familia

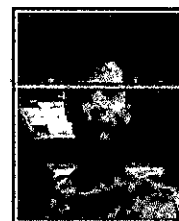
NIT: 891500182-0

Dirección: Calle 2 N # 6 A - 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

E-mail: cobranzasalud@comfacauc.com

Cel: 323 566 3953

Tel: (601) 8231868 ext 310



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 135.401

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL					
15 DÍA	11 MES	2024 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL				PARTICULARES					
Nombre de la empresa				Empresa en misión					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)									
MESA QUINTERO JUAN JOSE				Genero		Edad		Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO		23 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS		CC 1002957861	
Cargos				Tipo		Número			
ENFERMERO									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
CONDICIONES DE SALUD QUE REQUIEREN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR SU LABOR									
Observaciones: EN GENERAL PUDE REALIZAR SUS LABORES SIN PROBLEMA ALGUNO. ES APTO CON RESTRICCIONES.									
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES			
LO QUE NO DEBE HACER EL TRABAJADOR: 1. CONTACTO DIRECTO DE LA PIEL DE SUS MANOS CON QUÍMICOS FUERTES, IRRITANTES. 2. LEVANTAR CARGAS PESADAS O DE PESO MAYOR A 15 KILOS, CON SUS MANOS.				TEMPORAL		POR LA PATOLOGÍA DE LA PIEL LA RESTRICCIÓN ES PERMANENTE Y DEBE CONTINUAR MANEJO MÉDICO. DEBE TAMBIÉN PROTEGER SUS MANOS DE QUÍMICOS FUERTES EN EL ÁMBITO DEL HOGAR. POR EL PROBLEMA LUMBAR LA RESTRICCIÓN ES TEMPORAL MIENTRAS LOGRA LA MEJORA DE SU CUADRO CLÍNICO. DEBE EMPLEAR PARA LA DESINFECCIÓN DE SUS MANOS JABONES NO IRRITANTES. PUEDE EMPLEAR GUANTES DE LATEX PARA PROTEGER SUS MANOS. EN CASO DE REQUERIR LEVANTAR CARGAS PESADAS DEBE TRABAJAR EN EQUIPO, CON LA AYUDA DE OTROS COMPAÑEROS. CONTINUAR TRATAMIENTO MÉDICO.			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				✓					
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL POR MÉDICO GENERAL DE SUS PATOLOGÍAS DE PIEL EN MANOS Y DEL ÁREA LUMBAR. CONTINUAR TERAPIA FÍSICA PARA EL DOLOR.				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES			
				PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EFECTUAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR GENERALIZADO, DE LAS EXTREMIDADES Y DE LA ESPALDA, CADA HORA.		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
				CAPACITACIÓN : SOBRE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES. REFORZAR SOBRE PAUSAS ACTIVAS.		DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									

EMPRESA: ESE TAMBO-CAUCA.
CARGO: ENFERMERO.

NOTAS ADICIONALES:

1. LA PRESENTE VALORACIÓN MÉDICO LABORAL SE REALIZÓ SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD INSTITUCIONAL Y EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS NACIONALES. SE DEJA DISTANCIA DE 2 METROS EN LA ENTREVISTA. SE USAN TODOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR EL MÉDICO: TAPABOCAS QUIRÚRGICO, GORRO, Y BATA ANTIFLUIDOS. PREVIA ASEYO Y ASEPSIA DE ÁREAS.
2. SEGUIR CON LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN QUE EL MINISTERIO DE SALUD HA INSTAURADO ESPECIALMENTE LA VACUNACIÓN CONTRA COVID 19, MANTENER AL DÍA DOSIS Y REFUERZOS, TOTAL 4 APLICACIONES. VACUNARSE CONTRA LA INFLUENZA CADA AÑO. VACUNARSE CONTRA EL TETANO HASTA COMPLETAR 5 DOSIS. VACUNARSE CONTRA LA FIEBRE AMARILLA 1 DOSIS. CONTINUAR LA PRÁCTICA DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESPECIALMENTE EL LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y USO DE TAPABOCAS CUANDO SE ESTIME NECESARIO.
3. TOMAR TÍTULOS DE ANTICUERPOS PARA ANTÍGENOS DE SUPERFICIE DEL VIRUS. DE LA HEPATITIS B, DE MANERA PERIÓDICA. EN CASO DE TITULACIÓN BAJA (MENOR DE 10 UI/L O 10 UI/ML), SE DEBE REVACUNAR CONTRA LA HEPATITIS B. IGUALMENTE TOMAR TITULACIÓN PARA VARICELA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Dr. José Oswaldo Imbachi F.
Médico Ocupacional
M.S. SALUD OCUPACIONAL
R.M. 8671/90
L.S.O. 0468-010

Firma: _____

Nombre: IMBACHI FERNANDEZ JOSE OSWALDO

R. M.: 8671/90

L.S.O.: 0468-10-2020



Código de Seguridad

E670K1Q135401

Firma: _____

Nombre: MESA QUINTERO JUAN JOSE

CC: 1002957861

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 7055308-c31b-493a-b357-57001daa4a68

Nombres y apellidos / Full name

JUAN JOSE MESA QUINTERO

Tipo de identificación / ID Type

CEDULA DE CIUDADANIA

Número de identificación / ID Number

1002957861

Fecha de nacimiento / Date of birth

12/01/2001

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3137327834

Correo electrónico / e-mail

juanmesa@unicauac.edu.co

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Data of vaccination			Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Día	Mes	Año				
		(Day)	(Month)	(Year)				
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	27	11	2018		UFX10005	POPAYAN UBA COOMEVA	FRANCIA PRADO
Varicela Particular	Primera	27	11	2018		A10CD246A	POPAYAN UBA COOMEVA	FRANCIA PRADO
TD Adulto	Primera	27	11	2018		221502016B	POPAYAN UBA COOMEVA	FRANCIA PRADO
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	11	07	2019		UFX18011	POPAYAN UBA COOMEVA	FRANCIA PRADO
COVID PFIZER	Primera	10	04	2021	PFIZER	EP9449	POPAYAN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	MILDRED EDELMIR HOYOS
COVID PFIZER	Segunda	22	06	2021	PFIZER	FA5843	POPAYAN CLINICAL ESTANCIA	YULIE LORENA AÑASCO CERON
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	23	08	2021		P100312112	POPAYAN CS ALFONSO LOPEZ	ELSY NANCY MAJIN LEYTON
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	23	12	2021	Moderna Biotech	005H21A	POPAYAN COMFACAUCA	NASLY JOHANNA SALAZAR FERNANDEZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	08	11	2022	Green Cross	V50222009	POPAYAN CS ALFONSO LOPEZ	GUIDO ALIRIO MEDINA GOMEZ
Fiebre Amarilla	Única	16	11	2024	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	231VFC005Z	EL TAMBOESE HOSPITAL	MARIA CRISTINA LOPEZ ARDILA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	26	06	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525005	EL TAMBOESE HOSPITAL	YULI ANDREA MONTENEGRO BARRERA - CC1060874826 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	13	02	2026	Serum	0094W002	EL TAMBOESE HOSPITAL	DORA MILENA CARDONA TALAGA

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

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

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

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

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

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

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

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



E.S.E. HOSPITAL
DE EL TAMBO-CAUCA
Empresa Social del Estado
NIT: 801001040

FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SARLA/FT/FPADM

CODIGO A-
GJ-FT-001

VERSION: 001

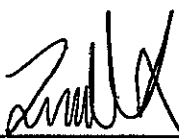
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		07	05	2026	CIUDAD	Popayan	DEPARTAMENTO	Cauca
CLASE DE VINCULACIÓN								
PROVEEDOR		Asistencial		Administrativo		COLABORADOR		
DATOS PERSONA NATURAL								
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		
Juan		Jose		Mesa		Quintero		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			No. IDENTIFICACIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN	
C.C.	☒	C.E.	☐	T.I.	☐	OTRO	☐	
			1002457861		Popayan		17-01-2019	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		PROFESIÓN U OFICIO		TELÉFONO CELULAR		
12-01-2001		Popayan		Enfermero		3137327834		
DIRECCIÓN RESIDENCIA		Vereda Real Pomona casa # 48 etapa 1						
FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA				07	05	2028		
TOTAL ACTIVOS		29.249.567		TOTAL PASIVOS		4.249.567		TOTAL PATRIMONIO
INGRESOS MENSUALES		8.000.000		EGRESOS MENSUALES		5.000.000		OTROS INGRESOS MENSUALES
								0
ESTADO CIVIL		Soltero		CORREO ELECTRÓNICO		juanmexa2001@hotmail.com		
MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CORRESPONDA POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:								
¿Maneja recursos públicos?			SI	NO	☒	¿Tiene reconocimiento público?		
			SI	NO	☒	SI	NO	☒
¿Ejerce algún grado de poder público?			SI	NO	☒	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?		
			SI	NO	☒	SI	NO	☒
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?			SI	NO	☒			
DATOS PERSONA JURÍDICA								
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				NIT		DV		
TIPO DE EMPRESA				SECTOR DE LA ECONOMÍA		CIU		
PÚBLICA		PRIVADA		MIXTA				
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL				TELÉFONO (S)				
FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA				DÍA	MES	AÑO		
TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS		TOTAL PATRIMONIO		TIENE SUCURSALES		
						SI NO		
DATOS REPRESENTANTE LEGAL								
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No. IDENTIFICACIÓN				
C.C.	☐	C.E.	☐	T.I.	☐	OTRO	☐	CUÁL
Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.								

Nombre Completo	Tipo ID	Número ID	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o maneja Recursos Públicos? Marque SI o NO y especifique.

 E.S.E HOSPITAL DE EL TAMBO-CAUCA Empresa Social del Estado MT. 891501104-D	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SAR-LA/FT/PADM		CODIGO A-GJ-VERSION: 001 FT-001			
	ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES					
¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera?	SI	NO	CUÁL			
¿Posee productos Financieros en el Exterior?	SI	NO	CUÁL			
PRODUCTO	NÚMERO PRODUCTO	MONEDA	MONTO	ENTIDAD	CIUDAD	PAIS

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS	
Declaro expresamente que: Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente, el incumplimiento de esta obligación faculta a la ESE Hospital de El Tambo Cauca, para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a delitos fuente relacionados con Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - LA/FT/PADM, grupos terroristas, corrupción, opacidad, fraude o actividades terroristas. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos fuente relacionados con LA/FT/PADM, o la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico, fraude, opacidad o corrupción. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):	
Origen de Fondos:	

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES	
Los datos personales solicitados en el presente FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SAR-LA/FT/PADM son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - LA/FT/PADM. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos, Financiamento del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular. La ESE Hospital de El Tambo Cauca podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vínculo contractual, al proveedor o colaborador, cuando: * Aparezcan vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por LA/FT/PADM y sus delitos fuente; además por testaferrato, corrupción, opacidad o fraude * Sean incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la C.E. 009 de 2016 - SARLAFT de la Superintendencia Nacional de Salud. * Sean condenados por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - LA/FT/PADM, corrupción, opacidad o fraude descritos en el Código Penal Colombiano.	

FIRMA Y HUELLA	
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los días del mes de <u>mayo</u> del año <u>2026</u> , en la ciudad de <u>Popayán</u> .	 FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL
 HUELLA ÍNDICE DERECHO	

Todos los espacios del formato deben quedar diligenciados, por lo tanto, en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No Aplica).



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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

TITULO DE BIENES Y RENTAS

Yo, Juan Jose Mesa Quintero
IDENTIFICADO CON: C.C. y C.E. T.I. N° 1002957861 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Cauca Municipio Popayan
Dirección Vereda Real Pomona Casa 48 etapa 1 Teléfonos 3137327834

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Elda Mora Quintero Espinoza</u>	<u>34 557 798</u>	<u>Madre</u>
<u>Jesus Alejandro Mesa Gomez</u>	<u>76 310 541</u>	<u>Padre</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	\$

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>BanColombia</u>	<u>Ahorros</u>	<u>912 745 992 49</u>		<u>13.1700</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
<u>Motocicleta</u>	<u>100 08 325421</u>	<u>5.000.000</u>
<u>Automovil</u>	<u>100 323 369 62</u>	<u>20.000.000</u>

EMPLEADOR O CONTRATANTE

70

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)		
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:		
ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Bancolom bia	Tarjeta de credito	4.249.567

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES	
a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:	
ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:	
CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
c) En la actualidad: SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION N°
	C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA	
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:	
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA	
 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	07 de Mayo - Popayan Cauca CIUDAD Y FECHA



Bancolombia