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 martes 14 de julio de 2026, a las 11:50:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	15920955
Código de Verificación	15920955260714115049

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:58:24 AM horas del 14/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **15920955**

Apellidos y Nombres: **URIBE HOYOS JENRY DE JESUS**

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.

DIJIN

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-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/07/2026 12:54:38 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **15920955** y Nombre: **JENRY DE JESUS URIBE HOYOS.**

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. **143820398** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

515 9000
Dios y Patria
Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 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 15920955 **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 14/07/2026 01:07 PM

Código Verificación: **5TR6MX1S2H**

Válida hasta: **12/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 12:53:10 horas del 14/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **15920955,** Apellidos y Nombres **URIBE HOYOS JENRY DE JESUS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **JENRY DE JESUS URIBE HOYOS**, con NIT **891480036-6** 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

E.S.E Hospital Vicente de Paul Santa Rosa de Cabal

PERSONAL HSVP <personal@hospisantarosadecabal.gov.co>

Fwd: Gracias por rellenar este formulario: CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y USUARIOS SARLAFT PERSONA NATURAL

JENRY DE JESUS URIBE HOYOS <jenry.uribe2000@gmail.com> 14 de julio de 2026 a las 1:57 p.m.
Para: "personal@hospisantarosadecabal.gov.co" <personal@hospisantarosadecabal.gov.co>

--------- Forwarded message ---------
De: **Acuses de recibo de respuestas al formulario** <forms-receipts-noreply@google.com>
Date: mar, 14 jul 2026 a las 13:54
Subject: Gracias por rellenar este formulario: CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y USUARIOS SARLAFT PERSONA NATURAL
To: <jenry.uribe2000@gmail.com>

Gracias por rellenar este formulario: CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y USUARIOS SARLAFT PERSONA NATURAL

Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. **This form is owned by Hospisantarosadecabal.gov.co.** Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo.**

Esto es lo que se recibió.

CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y USUARIOS SARLAFT PERSONA NATURAL

Código: / Versión:

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la Circular Externa No. 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y demas disposiciones a través de las cuales se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales, me permito declarar de manera expresa:

Por favor consigne toda la información que considere importante y sin omitir detalle.

Correo *

jenry.uribe2000@gmail.com

Nombre Completo *

JENRY DE JESUS URIBE HOYOS

Tipo de Identificación *

- (●) Cedula de Ciudadanía
- ( ) Cedula de Extranjería
- ( ) Permiso Especial de Permanencia
- ( ) Permiso por Proteccion Temporal

Número de Identificación *

15920955

Lugar de Nacimiento *

Riosucio Caldas

Fecha de Nacimiento

*

DD MM AAAA

06 / 08 / 1972

Dirección de Residencia

*

Calle 40 No 36 48

Municipio o Ciudad

*

MANIZALES

Departamento

*

Caldas

Teléfono Fijo

3142256159

Celular

*

3142256159

Ocupación, Oficio o Profesión

*

Abogado

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que los recursos que componen mi patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera declaro que los recursos recibidos en desaroollo del contrato que pretendo suscribir no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.

1. ¿Maneja recursos públicos?
*

- ○ SI
- ◉ NO

2. ¿Ostenta algún grado de poder público?
*

- ○ SI
- ◉ NO

3. ¿Goza de reconocimiento público? (Declaración del cliente/usuario de si tiene o no la condición de Persona Políticamente Expuesta (PEP)
*

- ○ SI
- ◉ NO

4. ¿Es servidor público?
*

- ○ SI
- ◉ NO

5. ¿Realiza operaciones internacionales?
*

- ○ SI
- ◉ NO

¿Cuales?
*

- ○ Importaciones
- ○ Exportaciones
- ○ Inversiones
- ○ Prestamos
- ○ Envio o recepción de giros
- ○ Pago de servicios
- ○ Transferencias
- ◉ No Aplica
- ○ Otras

Ante una respuesta en la opción (otras) por favor indique cual es:

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de las relaciones legales, contractuales, comerciales y/o de cualquier otra que surja, en desarrollo y ejecución de los fines

descritos en el presente documento.

Dicha autorización para adelantar el tratamiento de mis datos personales, se extiende durante la totalidad del tiempo en el que pueda llegar consolidarse un vínculo o este persista por cualquier circunstancia con el EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL y con posterioridad al finiquito del mismo, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos personales, fueron inicialmente suministrados.

En ese sentido, declaro conocer que los datos personales objeto de tratamiento, serán utilizados específicamente para realizar las consultas necesarias en diferentes listas restrictivas y de sanción, y así disminuir los riesgos a los que se expone mediante la contratación y/o compra de servicios y/o productos a terceras partes Der igual forma, declaro que me han sido informados y conozco los derechos que el ordenamiento legal y la jurisprudencia, conceden al titular de los datos personales.

Autorizo

- (●) SI
- ( ) NO

Crea tu propio formulario de Google
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141261475588

(415)7707212489984(8020) 000014126147558 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 5 9 2 0 9 5 5	0	Impuestos y Aduanas de Manizales	1 0

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
URIBE	HOYOS	JENRY	DE JESUS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

41. Dirección principal: CL 40 A 36 40

42. Correo electrónico: jenry.uribe2000@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 2 2 5 6 1 5 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 0 5 0 9 1 5						3 4 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2026-07-14 / 01:49:17PM

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: URIBE HOYOS JENRY DE JESUS

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JENRY DE JESUS URIBE HOYOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.920.955,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 14 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	15920955
NOMBRES	JENRY DE JESUS
APELLIDOS	URIBE HOYOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CALDAS
MUNICIPIO	MANIZALES

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/14/2026 15:06:26	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.


IMPRIMIR CERRAR VENTANA

MIGUEL DARÍO VALENCIA GARCÍA
Médico especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
LICENCIA N° LPSST 297 - 19

Nombre del trabajador: HENRY DE JESÚS URIBE HOYOS
Tipo y número de identificación: CC 15.920.955
Género: MASCULINO — Edad: 53 AÑOS
Municipio: Manizales — Fecha de nacimiento: 06 / 08 / 1972
Teléfono: 314 225 61 59
Correo: jenry.uribe2000@gmail.com

1. CERTIFICADO MÉDICO LABORAL

Fecha: 26 / 01 / 2026
Empresa: Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal
Estudios: Abogado — Cargo por desempeñar: Asesor Jurídico
EPS: Sanitas — ARL: COLMENA
Jornada Usual: Diurno — Tipo de Examen: INGRESO
Examen realizado: MÉDICO, COGNITIVO Y FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

2. CONCEPTO

Concepto ingreso: APTO
Observaciones: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

3. CONDUCTA

Médicos Ocupacionales: EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL.

Hábitos y estilo de vida: ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR.

- El trabajador declara que toda la información suministrada es verídica y completa.
- El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo y recomendaciones médicas.
- Autorizó la entrega del certificado al empleador, así como la información relacionada que sea pertinente para su actividad laboral y el sistema de vigilancia epidemiológica de la empresa.

Miguel Darío Valencia G.
Médico Cirujano
RM 1534 UTP

MIGUEL DARÍO VALENCIA GARCÍA
Médico Especialista en SST
LPSST 297-19

HENRY DE JESÚS URIBE HOYOS
Aspirante
CC 15.920.955

Powered by CamScanner

E.S.E Hospital Vicente de Paul Santa Rosa de Cabal	DECLARACION DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES	Código:	FOR- 0046-012
		Versión:	01

Jeary de Jesus Uribe Hoyos, mayor de edad y domiciliado(a) en la Manizales del municipio de Manizales, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 15-970755 de Risaralda, manifiesto, que no me encuentro incurso (a), en causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones establecidas por la Constitución o la Ley, para suscribir contratos con el Hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de Cabal, entre otros declaro:

1. Que SI____NO__X__ he sido condenado en cualquier tiempo, por la comisión de delitos que afecten el patrimonio del Estado, ni relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos armados ilegales, de lesa humanidad o de narcotráfico en Colombia o en el exterior (Art. 122 C.P.).

2. Que como servidor público SI___ NO__X__ he dado lugar con una conducta dolosa o gravemente culposa, calificada así por sentencia ejecutoriada, a que el Estado sea condenado a una reparación patrimonial. En caso positivo, SI NO asumí con mi patrimonio el daño (Art. 122 C.P.)

3. Que SI___ NO__X__ he sido sancionado disciplinariamente con destitución (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

4. Que SI___ NO__X__ en sentencia judicial he sido condenado a la interdicción de derechos y funciones públicas (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

5. Que SI___ NO__X__ he sido declarado responsable judicialmente por soborno transnacional. En caso positivo, ¿Cuál? _____ (Art. 8, Núm. 1°, lit. j), ley 80 de 1.993, modificado ley 1474 de 2.011 art. 1).

6. ¿En algún momento le han declarado la caducidad de un contrato?
   SI___ NO__X__ ¿Cuál? _____ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. c), ley 80 de 1.993.

7. ¿Se ha abstenido de suscribir contrato estatal adjudicado, sin existir justa causa?
   SI___ NO__X__ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. e), ley 80 de 1.993).

8. ¿Es usted servidor público?
   SI___ NO__X__ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. 9, ley 80 de 1.993).

9. ¿Es usted integrante de una Junta Administradora Local de Santa Rosa de Cabal?
   SI___ NO__X__ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. f), ley 80 de 1.993).

10. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, padre, madre, algún hijo(a), hermano(a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), ha presentado propuesta para una licitación, Concurso de Méritos, Selección Abreviada o Mínima Cuantía? SI___ NO__X__ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. g), ley 80 de 1.993).

11. ¿Pertenece o perteneció a sociedad a la que se haya declarado la caducidad en un contrato?
    SI___ NO__X__ ¿Cuál? _____ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. i), ley 80 de 1.993)

12. ¿Ha financiado en los últimos cuatro años, campañas políticas a la presidencia de la república, a la gobernación o a la alcaldía o alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, ¿padre o madre adoptante? SI___ NO__X__ ¿Quién? _____ ¿Cuál fue el monto del aporte? _____ (NO APLICA PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES) (Art. 8°, Núm. 1°, lit. k), ley 80 de 1.993 adicionado por Art. 2. Ley 1474 de 2.011).

13. ¿Ha sido miembro de la junta directiva de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul, Concejo Municipal de Santa Rosa de Cabal o servidor público?

SI___ NO X Indique el cargo_____ ¿Cuál fue la fecha de retiro? _____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. a), ley 80 de 1.993).

14. ¿Alguno de los siguientes: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado(a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, es servidor público en cargos de nivel directivo, asesor del Hospital San Vicente de Paul o miembro del Concejo Municipal de Santa Rosa de Cabal, ¿o es persona que ejerza control interno o fiscal, en el Municipio? SI___ NO X ¿Quién? _____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. b), ley 80 de 1.993).

15. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, es servidor público en nivel directivo, asesor, o miembro del Hospital San Vicente de Paul o Concejo Municipal de Santa Rosa de Cabal o ejerce funciones de control interno o de control fiscal, en el Municipio? SI___ NO X ¿Quién? _____ Indique el cargo (Art. 8°, Núm. 2°, lit. c), ley 80 de 1.993).

16. ¿Es miembro de la junta directiva de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul o del Concejo Municipal de Santa Rosa de Cabal?
SI___NO X ¿Cuál? _____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. e), ley 80 de 1.993)

17. ¿Tiene algún parentesco con el Gerente del Hospital San Vicente de Paul o con el Alcalde Municipal de Santa Rosa de Cabal?
SI____NO X ¿Cuál? _____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

18. ¿Tiene algún parentesco con un miembro de la junta directiva de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul o de un Concejal de Santa Rosa de Cabal?
SI___ NO X ¿Cuál? _____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

19. ¿Tiene algún parentesco con el Secretario (a) del Concejo Municipal de Santa Rosa de Cabal?
SI___NO X ¿Cuál? _____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

20. ¿Tiene algún parentesco con el Contralor(a) Municipal?
SI___ NO X ¿Cuál? _____ (Art. 19 Ley 53 de 1.990).

21. ¿Ha ejercido cargos en el nivel directivo en entidades del Estado? SI___ NO X.

22. ¿Cuál? _____ ¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir?
SI ___ NO X Indique fecha de retiro_____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 1°).

23. ¿Alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo(a), cuñado(a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, ¿tiene calidad de ex empleado público del nivel directivo de una entidad estatal?
SI____ NO X. ¿Tiene relación con el objeto del contrato a suscribir? SI___ NO__ Indique fecha de retiro _____ (Art. 8°, Núm. 2°, lit. f), ley 80 de 1.993, adicionado ley 1474 de 2.011 art.4° inc. 2°).

24. ¿Ha sido objeto de imposición de cinco (5) o más multas durante la ejecución de uno o varios contratos, durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales?
SI___NO X ¿Cuántas? _____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. a)

25. ¿Ha sido objeto de declaratorias de incumplimiento contractual en por lo menos dos (2) contratos durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales?
SI___ NO X ¿Cuántas? _____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. b).

26. ¿Ha sido objeto de imposición de dos (2) multas y un (1) incumplimiento durante una misma vigencia fiscal, con una o varias entidades estatales?
SI____ NO X ¿Cuántas? _____ (Ley 1474 de 2.011 Art. 90 lit. c).

27. ¿Ha celebrado contrato estatal de obra pública, de concesión, suministro de medicamentos y de alimentos o su cónyuge, compañero(a) permanente, padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, padre o madre adoptante, con las entidades a que se refiere el artículo 2° de la Ley 80 de 1993, durante el plazo de ejecución y hasta la liquidación del contrato?
SI___ NO X ¿Cuál? _____ (APLICA PARA CELEBRAR CONTRATOS DE INTERVENTORIA). Ley 1474 de 2.011 Art. 5.

Declaro que he leído, entendido, comprendido y respondido las anteriores preguntas con toda precisión.

[signature]

15-920-955

CC: Cll 40 No 36-48.

Dirección: 3142256159.

Teléfono: _____

	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN	Código:	FOR-0046-043
		Versión:	01

DATOS PERSONALES	
NOMBRE O RAZON SOCIAL	Jeny de Jesús Uribe Hoy
DOCUMENTO DE IDENTIDAD O NIT	15.920.955
REPRESENTANTE LEGAL	
CEDULA DE CIUDADANIA	
APODERADO	
CEDULA DE CIUDADANIA	

Manifiesto que es mi voluntad suscribir el presente **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION** de que trata la Ley 1581 de 2012, Ley 1712 de 2014, el Decreto 780 de 2016 y demás disposiciones que la modifiquen, adicionen o reglamenten; para lo cual la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul del Municipio de Santa Rosa de Cabal del Departamento de Risaralda me ha informado las directrices que a continuación se relacionan, comprometiéndome desde la suscripción del presente acuerdo a hacer buen uso del tratamiento de los datos personales y de los demás activos de información institucional que llegaré a conocer en desarrollo de mis funciones o actividades:

- Que los datos personales de la **E.S.E HOSPITAL;** así como los datos personales de terceros que en desarrollo del objeto social de la Entidad recolecta, almacena y administra, son propiedad del titular de los derechos (servidores públicos, usuarios, clientes, proveedores, entre otros) y debo proteger su privacidad y confidencialidad.
- Que el tratamiento de los datos personales de terceros es responsabilidad de la **E.S.E HOSPITAL** como Entidad responsable del tratamiento en asocio con el suscrito en mi calidad de Servidor Público: ____ Contratista: X Trabajador en Misión: ____ Otro: ____ Cuál: _____.
- Que el tratamiento de los datos personales de la **E.S.E HOSPITAL** y de terceros obedecen a la finalidad para la cual fueron suministrados por el Titular y no puedo utilizarlos para propósitos diferentes, razón por la cual debo evitar su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
- Que los datos personales, salvo la información pública, no puede disponerla en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, salvo que el acceso sea técnicamente controlable para brindar un conocimiento restringido sólo a los titulares o terceros autorizados conforme a las disposiciones vigentes.
- Que como persona que intervengo en el tratamiento de datos personales estoy obligado(a) a obtener consentimiento o autorización previa y expresa del Titular, informando de manera clara y expresa al Titular: i) el Tratamiento al cual serán sometidos sus datos personales y la finalidad del mismo; b) El carácter

facultativo de la respuesta a las preguntas que le sean realizadas, cuando estas versen sobre datos sensibles o sobre los datos de las niñas, niños y adolescentes; c) Los derechos que le asisten como Titular; d) La identificación, dirección física o electrónica y teléfono del responsable del tratamiento.

- Que, en caso de recolectar información sensible, conozco que es derecho del Titular contestar o no las preguntas que le formule y entregar o no los datos solicitados, precisando que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación como orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.
- Que en el tratamiento de datos debo asegurar el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes, en los términos de la normativa vigente.
- Que como persona que intervengo en el tratamiento de datos personales que no tienen la naturaleza de públicos estoy obligado(a) a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada la relación con alguna de las labores que comprende el tratamiento y sólo puedo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas.
- Que me comprometo a conocer la política de seguridad y privacidad de la información y en consecuencia protegeré toda la información creada, generada, procesada, transmitida o resguardada en los diferentes procesos de la Entidad, su infraestructura física y/o tecnológica o como resultado de un servicio interno en outsourcing
- Que no tengo la facultad de hacer declaraciones, representaciones o adquirir compromisos en nombre de la **E.S.E HOSPITAL**, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo.
- Que la **E.S.E HOSPITAL** iniciará las acciones legales ante el incumplimiento al presente acuerdo o a cualquier violación a la seguridad y privacidad de la información de propiedad de la ESE HOSPITAL o de terceros que se encuentre protegida por la Ley y que no se trata de información pública, a excepción de la información solicitada por las autoridades legales

Para constancia se firma el día 14 del mes de 07 del año 2026

FIRMA:
C.C.



HUELLA

Nota: Dichos documentos deberán tener fecha de generación no superior a 30 días calendario al momento de la suscripción del contrato.

En la misma plataforma del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP II en el link: https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/ deberá diligenciar la declaración de bienes y rentas y conflicto de intereses (APLICATIVO POR LA INTEGRIDAD - Ley 2013 de 2019)

Una vez diligenciada la hoja de vida y la declaración de bienes y rentas en el Sigep II, deberá entregar la documentación física antes referida de forma física en la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl ubicada en la carrera 14 entre calle 29 y 30 Barrio Betania, ÚNICAMENTE en el área de compras y contratación o de forma digital al email contratacion@hospisantarosadecabal.gov.co. Además, la documentación antes referida deberá venir acompañada de los documentos que a continuación se relacionan:

- Certificado de estar afiliado a una Entidad Prestadora de Servicios de Salud y a un Fondo de Pensiones (artículo 50 Ley 789 de 2002).
- Certificado Médico Ocupacional (artículo 2.2.4.2.2.18 Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015 y artículo 2º de la Ley 1562 de 2012)
- Formulario SARLAF a través del link https://forms.gle/67pe3wCLYjTAipak6
- Acuerdo de confidencialidad y privacidad de la información a Ley 1581 de 2012

https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdXF8iZHR_Kn-Pt7H6yjUxv2bXkVEH-uOed8muyb31iOf4aAA/viewform

https://drive.google.com/file/d/1jPhpbHyCxkD5jc-QWUshyBH9f30BKwhV/view

https://drive.google.com/file/d/14sBzq5WLG8Y-cq3W2eOKMPj3eI6p4tTv/view

https://www.redam.gov.co/

https://www.funcionpublica.gov.co/sigep-web/sigep2/index.xhtml?faces-redirect=true#no-back-button

NOMBRE: JOHN FREDY MONTOYA VELASQUEZ	**FIRMA:**
CARGO: Gerente	
FECHA: junio 15 DE 2026	

Elaboró y revisó	William Cano Quintero	Abogado Contratista
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustados en términos técnicos y administrativos; así como en las normas y disposiciones legales y por lo tanto, se presenta para la correspondiente firma.		

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL
891480036

Fecha Actual : sábado, 28 marzo 2026

DATOS DEL INGRESO

Nombre Paciente: ANTHONELLA QUINTERO ALZATE **Identificación:** 1091280098

Ingreso: 5132406 **Estado ingreso:** REGISTRADO **Cama:**

CONTROL DE MEDICAMENTOS E INSUMOS SOLICITADOS

		CANTIDAD			PENDIENTE			
COD PRODUCTO	PRODUCTO	SOL	DESP	APLI	DEV	APLI	FECHA SOLICITUD	ENFERMERA(O)
10158.038.038	BATA DE BIOSEGURIDAD MANGALARGA TALL	1,0000	1,0000	1,0000	0,0000	0,0000	28/03/2026 2:08:58 p. m.	ARANGO CADAVID SANTIAGO
10158.038.038	BATA DE BIOSEGURIDAD MANGALARGA TALL	1,0000	1,0000	1,0000	0,0000	0,0000	28/03/2026 2:11:03 p. m.	ARANGO CADAVID SANTIAGO
12547.027.001	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO S/A SITIO E	1,0000	1,0000	1,0000	0,0000	0,0000	28/03/2026 2:08:42 p. m.	ARANGO CADAVID SANTIAGO
14165.031.010	TAPON PARA CATETER	1,0000	1,0000	1,0000	0,0000	0,0000	28/03/2026 2:08:42 p. m.	ARANGO CADAVID SANTIAGO
7391.206.506	CATETER INTRAVENOSO INTROCAN-NRO.22	1,0000	1,0000	1,0000	0,0000	0,0000	28/03/2026 2:08:42 p. m.	ARANGO CADAVID SANTIAGO

Firma Enfermería

Firma Coodesuris

Firma Facturación

Estas Firmas se deben registrar al momento de dar la salida al paciente

Observaciones:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Nro. 261–2026 CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL Y JENRY DE JESUS URIBE HOYOS

DATOS DEL CONTRATISTA Y DEL CONTRATO	
CONTRATISTA	JENRY DE JESUS URIBE HOYOS
DOCUMENTO DE IDENTIDAD O NIT	15.920.955 de Riosucio
DIRECCION	Calle 40 Número 36 – 47, Manizales
TELEFONO	3142256159
EMAIL	jenry.uribe2000@gmail.com
OBJETO	EL CONTRATISTA se obliga con la E.S.E HOSPITAL a asesorar, apoyar y acompañar las actuaciones en materia pensional; así como el proceso de saneamiento de aportes patronales de la Entidad, cumpliendo con la normativa vigente.
VALOR	DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS MCTE ($19.552.000).
TÉRMINO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución será de CUATRO (04) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, sin exceder del 31 de diciembre de 2026.

Entre los suscritos a saber: **JOHN FREDY MONTOYA VELÁSQUEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía Nro. 9.763.425 de Belén de Umbría, en su calidad de Gerente de la **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE SANTA ROSA DE CABAL**, nombrado Resolución No. 637 del 22 de marzo de 2024 y posesionado mediante Acta Nro. 034 del 01 de abril de 2024 expedida por la Alcaldía Municipal, en uso de sus facultades y funciones contenidas en la Ley 100 de 1993 y el Acuerdo de Junta Directiva Nro. JD 011 de fecha octubre 15 de 2024, actuando en nombre y representación de la de la Entidad Pública del Orden Municipal **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE SANTA ROSA DE CABAL** creada mediante el Acuerdo Municipal Nro. 020 de 1996 con Nit. **891.480.036-6** y quien para los efectos del presente contrato se denomina la **E.S.E HOSPITAL O CONTRATANTE,** de una parte y por la otra **JENRY DE JESÚS URIBE HOYOS,** cedulado al número 15.920.955 de Riosucio, con capacidad para suscribir contratos en su propio nombre y representación y quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** hemos acordado celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES** el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA. OBJETO**: **EL CONTRATISTA** se obliga con la **E.S.E HOSPITAL** a asesorar, apoyar y acompañar las actuaciones en materia pensional; así como el proceso de saneamiento de aportes patronales de la Entidad, cumpliendo con la normativa vigente. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** *Realizar la búsqueda, revisión y verificación de la información en el archivo para realizar la depuración de las historias laborales necesaria para adelantar las actuaciones en materia pensional y saneamiento de aportes patronales de la E.S.E HOSPITAL, consolidando y organizando la información de forma física y digital,*

Carrera 14 entre calles 29 y 30
www.hospisantarosadecabal.gov.co
Tel:3658811 - 3658822

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Nro. 261–2026 CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL Y JENRY DE JESUS URIBE HOYOS

elaborando una matriz para el seguimiento, revisión y actualización. **2)** *Confrontar, verificar y analizar la información acopiada con la información reportada por cada una de las Entidades EPS, ARL, AFC, AFP, realizando el cruce de cuentas, determinando cada uno de los cobros a favor o en contra de la E.S.E HOSPITAL e informando los ajustes a que haya lugar, para lo cual se debe realizar búsqueda exhaustiva de evidencias en el archivo de la institución* **3).** *Otorgar trámite y respuesta dentro de los términos de Ley a los requerimientos de cobro persuasivo y coactivo de obligaciones reclamadas por las EPS, ARL, AFC, AFP; así como el reintegro de los excedentes, cobro de pensiones, bonos y cuotas partes pensionales a favor de la E.S.E HOSPITAL, aplicándolos de acuerdo a la normatividad vigente y solicitando autorización a la E.S.E HOSPITAL para suscribir cualquier proceso conciliatorio.*

4). *Realizar seguimiento y actualización en el aplicativo PASIVOCOL para el cálculo actuarial de la E.S.E HOSPITAL, cumpliendo con la normativa vigente y presentando los informes requeridos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y dar respuesta oportuna a lo requerido por Minhacienda al respecto, con el fin de lograr de forma global y pormenorizada y de manera definitiva el valor del pasivo prestacional generado por los bonos pensionales y cuotas partes pensionales, una vez se haya establecido el cálculo actuarial por parte de Minhacienda.* **5)** *Presentar la información requerida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, las Secretarías de Salud del Ente Territorial y la Contraloría General de la Nación, del Departamento y a los diferentes entes de control, cuando lo requieran.* **6)** *Asesorar al personal de planta que lo requiera, sobre Pensión, Cesantías, EPS y ARL.* **7).** *Realizar revisión de mensual a las planillas de pago de seguridad social de los contratistas de la ESE.* **TERCERA OBLIGACIONES CON RELACIÓN A LA GESTIÓN AMBIENTAL, LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: 1)** Realizar durante la vigencia del contrato, el curso de 50 horas de seguridad y salud en el trabajo, o de 20 horas si corresponde a una actualización. **CUARTA: COMPROMISO CON LOS PROCESOS DE CALIDAD INSTITUCIONAL: EL CONTRATISTA** deberá cumplir con las actividades definidas por la **E.S.E HOSPITAL** para el cumplimiento de estándares de calidad y acreditación y otorgar cumplimiento a todas las acciones de mejora y actividades impartidas por el área de calidad y planeación de la **E.S.E HOSPITAL** para dar cumplimento a los estándares de habilitación y acreditación institucional; así mismo **EL CONTRATISTA** se compromete a apoyar y participar activamente en las actividades organizadas por la **E.S.E HOSPITAL** como parte de la preparación para el cumplimiento de estándares de acreditación; como seguridad del paciente, humanización en la atención, gestión de la tecnología, enfoque y gestión del riesgo, de acuerda a las propuestas de trabajo. **QUINTA: INFORMES** En desarrollo del presente contrato **EL CONTRATISTA** deberá presentar informes mensuales en los que dé cuenta de las actuaciones realizadas para el cumplimiento de los alcances contractuales. Dichos informes son requisito para acceder a los pagos pactados. **PARÁGRAFO:** Para efectos de expedir el recibido a

Carrera 14 entre calles 29 y 30
www.hospisantarosadecabal.gov.co
Tel:3658811 - 3658822

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Nro. 261–2026 CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL Y JENRY DE JESUS URIBE HOYOS

satisfacción el Supervisor deberá verificar que el informe de actividades documente y evidencie las actividades realizadas en cumplimiento del objeto y las obligaciones pactadas, que el valor cobrado y/o facturado corresponda a lo pactado por las partes y que los aportes realizados al Sistema Integral de Seguridad Social se realicen por el porcentaje establecido en la normativa vigente. **SEXTA: VALOR** El valor total del presente contrato para todos los efectos legales y fiscales corresponde a la suma de **DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS MCTE ($19.552.000). PARÁGRAFO PRIMERO:** Todos los impuestos, tasas y contribuciones establecidos en las normas tributarias a que haya lugar de acuerdo a la naturaleza del contrato y al régimen de **EL CONTRATISTA** deben ser asumidos por **EL CONTRATISTA** con cargo al valor de la propuesta. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: Los impuestos, tasas y contribuciones a que haya lugar se descontarán y/o retendrán por la **E.S.E HOSPITAL** con base en las normas existentes. **PARÁGRAFO TERCERO:** En ningún caso, la prestación del servicio podrá superar el valor total establecido en el contrato, en el efecto de agotarse el recurso y requerir actividades o servicios adicionales, el encargo de la vigilancia y control sobre la ejecución del contrato deberá informar por escrito dicha situación y gestionar la respectiva adición o prórroga, para lo cual se requerirá que el contrato no se encuentre de plazo vencido. **SÉPTIMA: FORMA DE PAGO:** La **E.S.E HOSPITAL** cancelará el valor del contrato que se suscriba mediante **ACTAS PARCIALES y ACTA FINAL**, por valor mensual de **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE ($4.888.000)** o proporcional a los días en que haya prestado el servicio. **PARÁGRAFO PRIMERO**: El pago se efectuará dentro de los primeros cinco (5) días del mes siguiente al mes de la prestación del servicio, luego de presentada el acta con todas sus evidencias. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Para el pago se requiere que **EL CONTRATISTA** presente a la **E.S.E HOSPITAL** (i) La factura o documento equivalente, (ii) La constancia de pago de los aportes al sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales (este último cuando a ello haya lugar), los cuales deberán cumplir las previsiones legales, (iii) Los informes o entregables previstos por la **E.S.E HOSPITAL** de acuerdo con a las obligaciones contractuales y a las actuaciones realizadas por **EL CONTRATISTA**. Así mismo se requerirá que el Supervisor expida el certificado de recibo a satisfacción. **PARÁGRAFO TERCERO: EL CONTRATISTA** autoriza a la **E.S.E HOSPITAL** para que realice los descuentos y/o retenciones de los impuestos, tasas y contribuciones a que haya lugar, de manera proporcional en cada acta de pago y aquellas que se deban descontar y/o retener con el primer pago así se hará siempre y cuando exista soporte para ello. **OCTAVA: DECLARACIONES: EL CONTRATISTA** de forma libre y espontánea realiza las siguientes declaraciones: **1)** Que conoce y acepta los Documentos del Proceso. **2)** Que se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente Contrato. **3)** Que al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad o prohibición, o en conflictos de interés para contratar con el Estado de las que contempla la Constitución o la Ley y que no ha sido objeto de caducidad en otros contratos. Si sobreviniere causal de incompatibilidad, deberá la parte **CONTRATISTA** renunciar a la ejecución del contrato. **4)** Que está a paz y salvo con sus obligaciones laborales y frente al sistema

Carrera 14 entre calles 29 y 30
www.hospisantarosadecabal.gov.co
Tel:3658811 - 3658822

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Nro. 261–2026 CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL Y JENRY DE JESUS URIBE HOYOS

de seguridad social integral. **5)** Que el valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionados con el cumplimiento del objeto del presente contrato. **6)** Que se encuentra plenamente facultado para ejercer la profesión y no tiene sanciones disciplinarias que le impidan su ejercicio. **7)** Que tiene el conocimiento, la experiencia y las condiciones profesionales necesarias para asumir desarrollar el objeto del presente contrato. **8)** Que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. **9)** Que se compromete a conocer y consultar en la página web de la **E.S.E HOSPITAL** el Manual de Gestión del Riesgo el cual incluye el Sistema SARLAF/ PADM (Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva), así como el SICOF (Subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude comprometiéndose desde ya a su cumplimiento); exigiendo a sus trabajadores la consulta y conocimiento del mismo. **10)** Que autoriza de manera libre, previa y expresa a la **E.S.E HOSPITAL** para que en los términos de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación y en general el tratamiento de los datos personales suministrados, en cualquier medio, para el debido cumplimiento del principio de transparencia y publicidad. Entiendo y acepto que los datos personales que suministro serán administrados por la **E.S.E HOSPITAL** para las siguiente finalidades: consulta de bases de datos y/o registros públicos sobre sanciones, almacenamiento de base de datos, envió de comunicaciones, facturas y recibos a los correos electrónicos o WhatsApp, publicación y reporte de información en las plataformas web relacionada con el proceso de contratación, y a las entidades administrativas y entes de control; siendo informado que en caso de recolección de información sensible es mi derecho contestar o no las preguntas que se me formulen y entregar o no los datos solicitados y precisando que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación como orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos. **NOVENA: TÉRMINO DE EJECUCIÓN Y VIGENCIA:** El término de ejecución durante el cual **EL CONTRATISTA** se compromete a ejecutar a entera satisfacción de la **E.S.E. HOSPITAL** el objeto y los alcances contractuales es de El plazo de ejecución será de **CINCO (05) MESES, CUATRO (04) DÍAS**, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, lo cual deberá ocurrir al cumplimiento de los requisitos de ejecución, sin exceder de 31 de diciembre de 2026, en razón al principio de anualidad presupuestal. La vigencia del contrato será el término para evaluar por parte de la **E.S.E HOSPITAL** la ejecución contractual, adelantar las acciones necesarias para asegurar el cumplimiento del objeto contratado o imponer las sanciones en el evento contrario; este término comprende desde la fecha de firma del contrato y se extiende hasta el vencimiento del término de liquidación. **DÉCIMA: DERECHOS DEL CONTRATISTA: 1)** Recibir información veraz y oportuna que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **2)** Utilizar los espacios

Carrera 14 entre calles 29 y 30
www.hospisantarosadecabal.gov.co
Tel:3658811 - 3658822

físicos, los equipos y los elementos que resulten necesarios para el cumplimiento del objeto y alcances contractuales, cuando a ello hubiere lugar. **3)** Recibir la remuneración y/o honorarios pactados en los términos establecidos en el presente contrato. **4)** Ser incluido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la **E.S.E HOSPITAL** y participar de las actividades de prevención y promoción; así como de las capacitaciones que realice el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. **DÉCIMA PRIMERA: DEBERES DEL CONTRATISTA: 1)** Desarrollar y cumplir el objeto del Contrato y las obligaciones establecidas en el presente contrato, colaborando con la **E.S.E HOSPITAL** en lo que sea necesario para que el objeto contratado se cumpla y garantizando la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios que se contratan. **2)** Atender las recomendaciones que sobre la ejecución del contrato le efectúe la **E.S.E HOSPITAL**, a través de la persona designada de la vigilancia y control del contrato. **3)** Cumplir con las obligaciones del contratista establecidas en el artículo 2.2.4.2.2.16 del Decreto 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" para lo cual deberá: **a)** Informar al Supervisor la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliado, para que éste realice la correspondiente novedad en la afiliación del nuevo contrato. **b)** Procurar el cuidado integral de su salud. **c)** Informar a la **E.S.E HOSPITAL** la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales **d)** Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por la **E.S.E HOSPITAL**, del Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. **e)** Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST de la **E.S.E HOSPITAL f)** Informar oportunamente a la **E.S.E HOSPITAL** toda novedad derivada del contrato. **g)** Realizarse el examen pre-ocupacional; así como los exámenes médicos periódicos ocupacionales y allegar el certificado respectivo a la persona encargada de realizar seguimiento y control al contrato. **4)** Atender de manera oportuna los requerimientos realizados por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo y gestión ambiental a través de la supervisión. **5)** Acoger las campañas ambientales establecida por la **E.S.E HOSPITAL**. **6)** Realizar una correcta separación de los residuos generados durante las actividades contratadas y/o permanencia de su personal en la institución. **7)** Custodiar y a la terminación del presente contrato devolver la información, insumos, suministros, herramientas, elementos, implementación, inventarios o materiales que sean puestos a su disposición para la prestación del servicio objeto de este contrato. **8)** Responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, elementos, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios, para lo cual autoriza a la **E.S.E HOSPITAL** para que, en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados. **9)** Presentar al Supervisor prueba suficiente que demuestre que se encuentra afiliado y al día con el pago de las obligaciones con el sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión, riesgos profesionales, y aportes parafiscales (este último cuando a ello haya lugar), de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002,

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Nro. 261–2026 CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL Y JENRY DE JESUS URIBE HOYOS

Ley 828 de 2003, el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019 en concordancia con el artículo 33 de la Ley 1438 de 2011. **DÉCIMA SEGUNDA: OBLIGACIONES Y DERECHOS DE LA E.S.E HOSPITAL: 1)** Ejercer control y vigilancia sobre la ejecución del contrato, adelantando revisiones periódicas a los servicios prestados para verificar que ellos cumplan con las condiciones de calidad ofrecidas por **EL CONTRATISTA** y realizar las observaciones, recomendaciones o instrucciones que estime pertinentes para la correcta ejecución del contrato. **2)** Facilitar los espacios físicos, los equipos y los elementos para el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones pactadas, cuando a ello hubiere lugar. **3).** Facilitar el libre acceso a la información que sea necesaria, de manera oportuna para la debida ejecución del objeto del contrato **4).** Exigir y verificar el cumplimiento de las obligaciones de **EL CONTRATISTA** frente al pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social **5)** Dar cumplimiento a las normas del Sistema General de Riesgos Laborales establecidas en la Sección 2 del Capítulo 2 del Título 4 del Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015 y demás normas que la adicionen, reglamenten o modifiquen, para lo cual deberá: **a)** Reportar a la Administradora de Riesgos Laborales los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, **b)** Investigar todos los incidentes y accidentes de trabajo, **c)** Realizar actividades de prevención y promoción, **d)** Incluir a las personas que les aplica la presente sección en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. **e)** Permitir la participación de **EL CONTRATISTA** en las capacitaciones que realice el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. **f)** Verificar en cualquier momento el cumplimiento de los requisitos de seguridad y salud necesarios para cumplir la actividad contratada de las personas a las que les aplica la presente sección. **g)** Informar a los contratistas afiliados en riesgo IV y/o V sobre los aportes efectuados al Sistema General de Riesgos Laborales. **h)** Suministrar los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada. **6)** Efectuar el pago a **EL CONTRATISTA** en la forma y términos estipulados en el presente contrato. **7).** Realizar la liquidación del contrato. **DÉCIMA TERCERA: CONFIDENCIALIDAD. EL CONTRATISTA** en virtud de la suscripción del presente contrato se compromete a guardar la confidencialidad de la información que como tal le sea presentada y entregada o toda aquella que se genere o tenga conocimiento en desarrollo del presente contrato, lo cual incluye no emplearla en beneficio propio o de terceros. **DÉCIMA CUARTA: PROPIEDAD INTELECTUAL: EL CONTRATISTA** garantiza que los trabajos y servicios prestados a la **E.S.E HOSPITAL** por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. Si de la ejecución del presente contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a la **E.S.E HOSPITAL** de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982. **DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD: EL CONTRATISTA** es responsable civil y penalmente por el cumplimiento del objeto y de las obligaciones establecidas en el presente contrato; por los hechos u omisiones que le fueren imputables en el desarrollo del presente contrato; así como por los daños que ocasionen a la **E.S.E HOSPITAL** o terceros en la ejecución del objeto del presente Contrato. **DÉCIMA SEXTA:**

Carrera 14 entre calles 29 y 30
www.hospisanfarosadecabal.gov.co
Tel:3658811 - 3658822

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Nro. 261–2026 CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL Y JENRY DE JESUS URIBE HOYOS

TERMINACIÓN, MODIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO: De conformidad con el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993 al presente contrato le serán aplicables las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de contratación de la Administración Pública artículos 15 al 17 de la Ley 80 de 1993. **PARÁGRAFO: CADUCIDAD:** La caducidad, de acuerdo con las disposiciones y procedimientos legalmente establecidos, puede ser declarada por la **E.S.E HOSPITAL** cuando se presente alguno de los hechos constitutivos de incumplimiento de las obligaciones a cargo de **EL CONTRATISTA**, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato. Al declararse la caducidad no habrá lugar a indemnización para **EL CONTRATISTA**, quien se hará acreedor a las sanciones e inhabilidades previstas en la Ley 80 de 1993 y las demás normas que regulan la materia. **DÉCIMA SÉPTIMA. MULTAS:** En caso que **EL CONTRATISTA** incurra en mora o incumplimiento injustificado parcial o total de las obligaciones originadas en este contrato, las partes acuerdan que la **E.S.E HOSPITAL** podrá imponer multas diarias y sucesivas equivalentes a un (01) día de salario mínimo legal mensual vigente por cada día de retardo. **DÉCIMA OCTAVA: CLÁUSULA PENAL:** Para asegurar el cumplimiento de las obligaciones las partes acuerdan pactar pena de que trata el artículo 1592 del Código Civil. En consecuencia, en caso de declaratoria de caducidad, de incumplimiento total o parcial o cumplimiento tardío de las obligaciones del presente contrato, **EL CONTRATISTA** pagará a la **E.S.E HOSPITAL** una indemnización equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El valor pactado corresponde a la estimación anticipada de perjuicios. No obstante, ello no impide el cobro de todos los perjuicios adicionales que se causen sobre el citado valor. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El valor pactado como pena puede ser cobrado con base en el presente documento, el cual prestará mérito ejecutivo o se podrá hacer efectivo por parte de la **E.S.E HOSPITAL** mediante el amparo de cumplimiento cuando se haya constituido garantía única a través de la declaración del siniestro; o podrá ser compensado con los montos que la **E.S.E HOSPITAL** adeude a **EL CONTRATISTA** con ocasión de la ejecución del presente contrato, de conformidad con las reglas del Código Civil. **DÉCIMA NOVENA: TERMINACIÓN ANTICIPADA:** El presente contrato podrá darse por terminado de común acuerdo, por solicitud de cualquiera de las partes con previo aviso y suscribiendo la respectiva acta de terminación bilateral. **VIGÉSIMA: GARANTÍAS:** Para el presente caso, teniendo en cuenta la naturaleza del contrato y la forma de pago pactada no se considera necesario que **EL CONTRATISTA** garantice el cumplimiento del contrato a favor de la **E.S.E HOSPITAL** a través de una póliza expedida por compañía de seguros debidamente autorizada para operar en Colombia o una garantía bancaria, en consideración a que cualquier incumplimiento o deficiencia en la calidad del servicio puede ser exigida antes de realizar el pago pactado que se consideró mediante **ACTAS PARCIALES** y **ACTA FINAL** previo recibo a satisfacción por parte del Supervisor. **VIGÉSIMA PRIMERA: TIPO DE CONTRATO** El presente contrato es de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** y se sujeta en todas sus partes a lo previsto en el Código Civil y al Estatuto de Contratación vigente de la **E.S.E HOSPITAL**. Por lo tanto, **EL CONTRATISTA** ejecutará los servicios profesionales contratados por el precio determinado, con libertad y autonomía técnica,

Carrera 14 entre calles 29 y 30
www.hospisantarosadecabal.gov.co
Tel:3658811 - 3658822

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Nro. 261–2026 CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL Y JENRY DE JESUS URIBE HOYOS

para lo cual no estará subordinada, ni sometida a horarios de trabajo. En consecuencia, como **CONTRATISTA** independiente, es patrono exclusivo y directo responsable del cumplimiento cabal de los servicios que se contratan. **VIGÉSIMA SEGUNDA: INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA** es una entidad independiente de la **E.S.E HOSPITAL**, no es su representante, agente o mandatario y no tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre de la **E.S.E HOSPITAL**, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo. **VIGÉSIMA TERCERA: EXCLUSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL Y OBLIGACIONES:** Para todos los efectos legales al que se refiere el presente contrato, no existirá relación laboral alguna entre la **E.S.E HOSPITAL** y **EL CONTRATISTA.** En ningún caso se generará relación laboral, ni dará lugar al pago de prestaciones sociales. Será obligación de **EL CONTRATISTA** cumplir estrictamente con todas las obligaciones establecidas en la Ley 100 de 1993 y sus Decretos Reglamentarios, así como con lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019 en concordancia con el artículo 33 de la Ley 1438 de 2011 y demás normas que las adicionen, modifiquen o reglamenten. **VIGÉSIMA CUARTA: CESIÓN:** El presente contrato es intuito persona, por lo tanto, **EL CONTRATISTA** no puede ceder parcial, ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente contrato, sin la autorización previa, expresa y escrita de la **E.S.E HOSPITAL**. En consecuencia, **EL CONTRATISTA** se obliga a informar oportunamente a la **E.S.E HOSPITAL** de la misma y solicitar su consentimiento y en todo caso deberá recaer sobre persona de iguales calidades que el cedente. **VIGÉSIMA QUINTA: INDEMNIDAD: EL CONTRATISTA** se obliga a mantener indemne a la **E.S.E HOSPITAL** contra todo reclamo, demanda, acción legal y costos que puedan causarse o surgir por cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones hasta por el monto del daño o perjuicio causado. **PARÁGRAFO:** En caso de que se formule reclamo, demanda o acción legal contra de la **E.S.E HOSPITAL** por asuntos, que según los contratos sean de responsabilidad de **EL CONTRATISTA**, se le comunicará lo más pronto posible de ello para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la Ley para mantener indemne a la **E.S.E HOSPITAL** y adelante los trámites para llegar a un arreglo del conflicto. **VIGÉSIMA SEXTA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.** Las controversias o diferencias que surjan entre **EL CONTRATISTA** y la **E.S.E HOSPITAL** con ocasión de la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa entre las partes, se solucionarán preferiblemente mediante los mecanismos de conciliación y transacción, sin que se entienda pactada cláusula compromisoria. **VIGÉSIMA SEPTIMA: LIQUIDACIÓN:** El presente contrato se liquidará de común acuerdo por las partes contratantes dentro de los **CUATRO (4) MESES** siguientes contados a partir de la finalización del contrato o de la expedición del acto administrativo que ordene la terminación o a la fecha del acuerdo que lo

Carrera 14 entre calles 29 y 30
www.hospisantarosadecabal.gov.co
Tel:3658811 - 3658822

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Nro. 261–2026 CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL Y JENRY DE JESUS URIBE HOYOS

disponga. Para la liquidación del contrato se tendrá en cuenta el procedimiento establecido en el Manual de Contratación de la **E.S.E HOSPITAL**. **VIGÉSIMA OCTAVA: VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO:** La vigilancia, seguimiento y control de la ejecución del contrato será ejercida a través de la figura de la Supervisión por parte de Dora Beatriz Mejía Serna en su calidad de Jefe de Oficina de Gestión Administrativa y Financiera, con el apoyo del Contador Público Henry Naranjo Valencia, Técnico Administrativo del área de Recursos Humanos, quienes se encargarán de **1)** Realizar la Supervisión atendiendo todas las disposiciones establecidas en el Estatuto y Manual de Contratación del Hospital; así como en la Ley 1474 de 2011 y demás normas que la adicionen, modifiquen o reglamenten. **2).** Reportar la novedad del contrato a la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliado **EL CONTRATISTA 3)** Verificar los servicios prestados, velando por el total e íntegro cumplimiento de la ejecución del objeto del contrato y de las obligaciones asumidas por **EL CONTRATISTA. 4)** Exigir a **EL CONTRATISTA** el cumplimiento de los términos y plazos estipulados en el contrato, requiriendo por escrito a **EL CONTRATISTA** cuando se advierta alguna debilidad, dificultad o incumplimiento en la prestación del servicio. **5)** Efectuar por escrito las recomendaciones que estime convenientes para la correcta ejecución del contrato. **6)** Informar por escrito y oportunamente a la **E.S.E HOSPITAL** respecto de las demoras o incumplimientos por parte de **EL CONTRATISTA** de una o varias de sus obligaciones, señalando en forma precisa la o las obligaciones que éste incumpla. **7)** Exigir y verificar mensualmente a **EL CONTRATISTA** el comprobante de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social, de conformidad con las normas que regulan la materia **8)** Informar al área de Tesorería de la **E.S.E HOSPITAL** la evasión en el pago total o parcial de los aportes al Sistema de Seguridad Social por parte de **EL CONTRATISTA** durante la ejecución del contrato, con el fin de que esta ejecute las acciones legales a que haya lugar. **9)** Verificar el cumplimiento de **EL CONTRATISTA** a los requisitos de seguridad y salud en el trabajo necesarios para cumplir con la actividad contratada y reportar a la Administradora de Riesgos Laborales los accidentes de trabajo y enfermedades laborales **10)** Recibir, revisar, verificar y aprobar los informes mensuales presentados por **EL CONTRATISTA** de las actividades realizadas en cumplimiento de las obligaciones contractuales y viabilizar su pago. **11)** Proyectar el acta de inicio, supervisión, terminación y liquidación del contrato, dentro de los términos estipulados para ello, con el fin de ser suscritas por las partes. **12)** Las demás obligaciones que le imponga el Estatuto de Contratación, el Manual de Contratación vigente de la Entidad y las demás que le confiera la Ley 1474 de 2011 y demás normas que la adicionen, reglamenten o modifiquen. **VIGÉSIMA NOVENA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman y hacen parte integral de este contrato: los estudios previos, la disponibilidad presupuestal, la propuesta presentada con los documentos que la soportan, el registro presupuestal, el acta de inicio y todos los documentos que se suscriban durante la ejecución del contrato y hasta su liquidación. **TRIGÉSIMA. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato se perfecciona cuando se logre acuerdo sobre el objeto y la contraprestación y éste se eleve a escrito con la firma de las partes. Para su ejecución se requiere: **1.** La expedición del registro presupuestal. **2.** La acreditación de encontrarse **EL**

Carrera 14 entre calles 29 y 30
www.hospisantarosadecabal.gov.co
Tel:3658811 - 3658822

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Nro. 261–2026 CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL Y JENRY DE JESUS URIBE HOYOS

CONTRATISTA a paz y salvo por concepto de aportes al sistema de seguridad social integral. **PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA** deberá presentar los documentos exigidos para la ejecución del Contrato dentro de los tres (3) días siguientes a la firma del mismo, de no ser así la **E.S.E HOSPITAL** dará por entendido que no es su deseo contratar y procederá a liberar la respectiva disponibilidad presupuestal. **TRIGESIMA PRIMERA. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El presente contrato será imputado al Certificado de Disponibilidad Presupuestal que a continuación se relaciona:

Número	Fecha	Rubro	Nombre del Rubro	Valor del CDP	Valor a afectar
281	Julio 01 de 2026	2.1.2.02.02.008	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción	$19.552.000	$19.552.000

TRIGÉSIMA SEGUNDA. DOMICILIO CONTRACTUAL: Para ejecutar el contrato y resolver las controversias que puedan surgir del mismo se tomará como domicilio las instalaciones de la **ESE HOSPITAL** ubicada en la Carrera 14 entre calles 29 y 30 del Municipio de Santa Rosa de Cabal. **TRIGÉSIMA TERCERA: PUBLICACIÓN EN SECOP Y REPORTE EN SIA OBSERVA:** El presente contrato y todos los documentos que se produzcan durante la actividad contractual en sus etapas pre contractual, contractual y pos contractual deben publicarse en la página del Sistema Electrónico para la Contratación Estatal –SECOP II en la fecha de su expedición o dentro de los tres (3) días hábiles siguientes y reportarse en el Sistema Integral de Auditoria **SIA OBSERVA** conforme a la normativa vigente. Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal, el día **VEINTISIETE (27) DE JULIO DEL AÑO DOS MIL VEINTISÉIS (2026).**

JOHN FREDY MONTOYA VELÁSQUEZ
EL HOSPITAL

JENRY DE JESÚS URIBE HOYOS
EL CONTRATISTA

Revisó:	Dora Beatriz Mejía Serna	Jefe de Oficina Administrativa y Financiera
Proyectó y elaboró:	William Cano Quintero	Abogado Contratista
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustados en términos técnicos y administrativos; así como en las normas y disposiciones legales y por lo tanto, se presenta para la correspondiente firma.		

Carrera 14 entre calles 29 y 30
www.hospisantarosadecabal.gov.co
Tel:3658811 - 3658822

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302409084

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Martes						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Miércoles						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Jueves						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Viernes						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el dia 23/07/2026 14:39:34. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302409084

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
0	4888000	1955200	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	NO DEFINIDA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Actividades de hospitales y clínicas, co (Decreto 768 de 2022)	3861001	3

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 23/07/2026 14:39:34. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302409084

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	23/07/2026 14:39:34

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	891480036	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CR 14 ENTRE CALLES 29 Y 30	1202357

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)	3861001	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CR 14 ENTRE CALLES 29 Y 30	SANTA ROSA DE CABAL	Risaralda

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	15920955	URIBE	HOYOS

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
JENRY DE JESUS	6/8/1972	CALLE 40 N 36-77

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
MANIZALES	3658888	3142256159	jenry.uribe2000@gmail.com	M

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
E.P.S. Sanitas S.A.	5	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	27/7/2026	19552000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
CIVIL	27/7/2026	26/11/2026	NO

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 23/07/2026 14:39:34. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

E.S.E Hospital Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal	ACTA DE INICIO	Código:	FOR-0046-018
		Versión:	04

PEn el Municipio de Santa Rosa de Cabal, el día **VEINTISIETE (27)** del mes de **JULIO** del año **DOS MIL VEINTISEIS (2026)**, se reunieron en la **OFICINA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA** las siguientes personas:

NOMBRE COMPLETO	(*) OBRANDO EN CALIDAD DE
DORA BEATRIZ MEJÍA SERNA	Supervisora del Contrato
HENRY NARANJO VALENCIA	Apoyo a la supervisión
JENRY DE JESUS URIBE HOYOS	Contratista
Supervisor; Apoyo a la Supervisor; Contratista	

Con el propósito de dar inicio al contrato que a continuación se relaciona:

DATOS DEL CONTRATO	
CONTRATO	Prestación de Servicios Profesionales
NÚMERO CONTRATO	261-2026
CONTRATISTA	JENRY DE JESUS URIBE HOYOS
NRO. DE IDENTIFICACIÓN	15.920.955 de Riosucio
FECHA DE SUSCRIPCION	JULIO 27 DE 2026
OBJETO	EL CONTRATISTA se obliga con la E.S.E HOSPITAL a asesorar, apoyar y acompañar las actuaciones en materia pensional; así como el proceso de saneamiento de aportes patronales de la Entidad, cumpliendo con la normativa vigente
VALOR	DIECINUEVE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS MCTE ($19.552.000).
TERMINO DE EJECUCION	El plazo de ejecución será de CUATRO (04) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, sin exceder del 31 de diciembre de 2026.
FORMA DE PAGO	La **E.S.E HOSPITAL** cancelará el valor del contrato que se suscriba mediante **ACTAS PARCIALES y ACTA FINAL**, por valor mensual de **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE ($4.888.000)** o proporcional a los días en que haya prestado el servicio
NÚMERO DE CDP Y FECHA	281 – JULIO 01 de 2026
NÚMERO DE RP Y FECHA	DE JULIO de 2026
GARANTIA SOLICITADAS	Para el presente caso, teniendo en cuenta la naturaleza del contrato, la cuantía del mismo y la forma de pago pactada, no se considera necesaria la constitución de garantías, en razón a que cualquier incumplimiento o deficiencia en la calidad del servicio puede ser exigida antes de realizar el
NÚMERO GARANTIAS	
ENTIDAD QUE LAS EXPIDE	
FECHA DE APROBACION	

	pago pactado que se consideró mediante ACTAS PARCIALES y ACTA FINAL previa verificación del cumplimiento de actividades por parte del Supervisor

Verificados los anteriores datos, se fija como fecha de inicio y de terminación (en condiciones normales de ejecución), las que a continuación se relacionan:

FECHA DE INICIO	27 DE JULIO DE 2026
FECHA DE TERMINACION	26 DE NOVIEMBRE DE 2026

OBSERVACIONES
Ninguno.

Para constancia se firma por las personas que en ella intervinieron.

	SUPERVISOR	**APOYO A LA SUPERVISION**
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	DORA BEATRIZ MEJIA SERNA	HENRY NARANJO VALENCIA

	CONTRATISTA
FIRMA	
NOMBRE COMPLETO	JENRY DE JESUS URIBE HOYOS

E.S.E Hospital Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal	NOTIFICACION DE DESIGNACION SUPERVISION Y APOYO A LA SUPERVISION DE MODIFICACIONES, ACLARACIONES, ADICIONES O PRORROGAS	Código:	FOR- 0046-016
		Versión:	02

En el Municipio de Santa Rosa de Cabal el día **VEINTISIETE (27)** del mes de **JULIO** de **DOS MIL VEINTISEIS (2026)** se notificó personalmente a la Señor(a) **DORA BEATRIZ MEJIA SERNA** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **42.105.997** expedida en **PEREIRA,** en su calidad de **JEFE DE OFICINA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA,** y Supervisor(a) del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NRO. 261 - 2026** objeto es EL CONTRATISTA se obliga con la E.S.E HOSPITAL a asesorar, apoyar y acompañar las actuaciones en materia pensional; así como el proceso de saneamiento de aportes patronales de la Entidad, cumpliendo con la normativa vigente; con el fin de que continúe realizando control y seguimiento a la correcta ejecución del contrato, conforme lo establecido en el Estatuto de Contratación y al Manual de Contratación de la **E.S.E HOSPITAL** y lo ordenado en el artículo 84 y siguientes de la Ley 1474 de 2011 y demás normas que la adicionen, modifiquen o reglamenten.

El estatuto, manual y procedimientos se encuentran publicados para su consulta en la página web de la Entidad:

(*) https://www.hospisantarosadecabal.gov.co/manual_contratacion_adquisicion_compras.php

(*) https://www.hospisantarosadecabal.gov.co/formatos_modelos_contratos.php

Es su responsabilidad como Supervisor(a) y apoyo a la supervisión del contrato, entregar oportunamente la documentación de la ejecución y liquidación contractual a la Profesional contratada para el cargue de la información post contractual de la Entidad en el **Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP -** de la Agencia Nacional para la compra pública y en el **Sistema Integral de Auditoria – SIA OBSERVA -** de la Auditoria General de la Republica, cumpliendo con los criterios de forma, contenido, legibilidad y periodo.

¿Requiere apoyo a la supervisión? Sí __ No X

NOMBRE COMPLETO DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN	VINCULACION	ACTIVIDADES ASIGNADAS

	SUPERVISOR	QUIEN NOTIFICA
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	DORA BEATRIZ MEJIA SERNA	ANGÉLICA MARIA GALVIS LONDOÑO
FECHA DE NOTIFICACION	27/07/2026	27/07/2026