FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PEREZ	JIMENEZ	PAOLA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39175670	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES 09 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS DEPTO

MUNICIPIO

TELÉFONO EMAIL pao_perezj@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)

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL	07	2010	
PREGRADO	10	X		FISIOTERAPIA	03	2005	39175670

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5100506	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	08	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMIN SALUD OCUPACIONAL	*DEPENDENCIA* EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* AVENIDA 25 NORTE 15 1					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LA DORADA - DORADA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* LA DORADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8572004	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	07	*Mes*	08	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL `PRESTAR SERVICIOS PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 5 11 oficina 202					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LA DORADA - DORADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* LA DORADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8572004	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	03	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL `PRESTAR SERVICIOS PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* EXAMENES MEDICO OCUPACIONALES					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 5 11 oficina 202					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI__ NO _ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-11-04 11:48

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAOLA	ANDREA	PEREZ	JIMENEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	39175670

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	LA DORADA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	LA DORADA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LA DORADA - DORADA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	LA DORADA

Dirección	["centro comerial dorada plaza ofic 202-1"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$61.520.000,00
Otros ingresos y rentas	$79.855.000,00
TOTAL	$141.375.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$12.387.676,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
LOCAL COMERCIAL CL 12 2 66 68 50%	COLOMBIA	CALDAS	LA DORADA	$122.348.103,00
TOYOTA COROLLA CROSS PACA IFV646	COLOMBIA	CALDAS	LA DORADA	$115.100.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO	$220.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [X] No [ ]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País
FISIOHEALTH IPS SAS	SOCIEDAD	ACCIONISTA	COLOMBIA

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [X] No [ ]

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

Detalle de las actividades	Forma participación
ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION	HONORARIOS

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUIS	GUILLERMO	MONTAÑA	NARVAEZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1018413703

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39175670
NUMERO

PEREZ JIMENEZ
APELLIDOS

PAOLA ANDREA
NOMBRES

Paola Andrea Pérez J.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-1983
LA DORADA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

21-SEP-2001 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0100100-14097989-F-0039175670-20011222 0069101356A 02 104472911

Escaneado con CamScanner



PAOLA ANDREA PEREZ JIMÉNEZ
C.C. 39.175.670

FISIOTERAPÉUTA

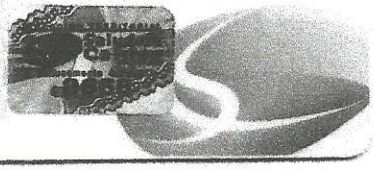
Registro Departamental N° 689
Expedido: 17/05/2013

Salud de Caldas

Autorización para ejercer como profesional de la salud en el Departamento de Caldas.

Director General
Dirección Territorial de Salud de Caldas

Este carné es personal e intransferible.
En caso de pérdida, por favor envíelo a la
Calle 49 26 - 46 de Manizales.



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



PAOLA ANDREA
PEREZ JIMENEZ

C.C. o C.E. 39175670

Secretaria
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

FISIOTERAPEUTA

FIRMA AUTORIZADA

Expedicion 29/09/2006

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141198483695

(415)7707212489984(8020) 000014119848369 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 1 7 5 6 7 0	8	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	3 9 1 7 5 6 7 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	JIMENEZ	PAOLA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0

41. Dirección principal
C L 12 N 266 CEN

42. Correo electrónico pao_perezj@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 8 9 8 9 4 4 5	3 1 6 2 3 0 0 8 5 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 9 2	2 0 0 6 0 9 2 5	8 5 6 0	2 0 1 2 1 1 1 9		8 5 4 1	6 8 1 0

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 2 2 3	

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	2 2																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-08-15 / 09:45:46PM

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 PEREZ JIMENEZ PAOLA ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141198483695

(415)7707212489984(8020) **000014119848369 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 9 1 7 5 6 7 0	8	Impuestos y Aduanas de Manizales	1 0	

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 4 0 7 0 2	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 4 2 5 3 6	
78. Departamento	1 7	
79. Ciudad/Municipio	1 8	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	%
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	%
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Cámara de Comercio 3 2

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	1 6	2 0 1 4 1 1 1 4		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141198483695

(415)7707212489984(8020) **000014119848369 5**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo terapéutico 8 6 9 2

162. Nombre del establecimiento: FISIO HEALTH

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0

165. Dirección: CR 4 10 35

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 4 2 5 3 7	2 0 1 4 0 7 0 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 0 0 8 9 8 9 4 4 5	2 0 1 4 1 1 1 4

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141184278356

(415)7707212489984(8020) 000014118427835 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 0 8 8 7	9	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
FISIO HEALTH S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0

41. Dirección principal
CL 12 2 66 68 BRR CENTRO

42. Correo electrónico fisiohealth.ips@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 7 5 0 3 1	3 0 0 8 9 8 9 4 4 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 2 1	2 0 1 4 1 1 1 4	8 6 9 2	2 0 1 4 1 1 1 4			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-06-02 / 12:09:52PM

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 PEREZ JIMENEZ PAOLA ANDREA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141184278356

(415)7707212489984(8020) **000014118427835 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 0 8 8 7	9	Impuestos y Aduanas de Manizales	1 0	

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 1	
72. Número	0 0 0 0 1	
73. Fecha	2 0 1 4 1 1 1 3	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 4 1 1 1 4	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 0 4 3 3 4 4	
78. Departamento	1 7	
79. Ciudad/Municipio	1 8	

Vigencia

80. Desde	2 0 1 4 1 1 1 3
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Ministerio de Salud y de la Protección Social — 1 9

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141184278356

(415)7707212489984(8020) **000014118427835 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 0 8 8 7	9	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 4 1 1 1 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	3 9 1 7 5 6 7 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PEREZ	JIMENEZ	PAOLA	ANDREA

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141184278356

(415)7707212489984(8020) **000014118427835 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 9 0 8 8 7	9	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades de apoyo terapéutico 8 6 9 2	

162. Nombre del establecimiento: FISIO HEALTH

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0	

165. Dirección: CL 12 2 66 68 BRR CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 0 4 3 3 4 5	2 0 1 4 1 1 1 4	
168. Teléfono: 3 1 6 2 3 0 0 8 5 6	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

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

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

EL PRIMER JUEVES HABIL DE DICIEMBRE DE ESTE AÑO SE ELEGIRA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAMARA DE COMERCIO DE LA DORADA PUERTO BOYACA PUERTO SALGAR Y ORIENTE DE CALDAS LA INSCRIPCION DE LISTAS DE CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE, ESTO ES, DESDE EL 16 DE OCTUBRE Y HASTA EL 3 DE NOVIEMBRE DE 2026 - OFICIO 2026-01-132881 DEL 25 DE MARZO DE 2026 SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES. PARA INFORMACION DETALLADA PODRA COMUNICARSE AL TELEFONO 3137205616 Y 3148961445 O DIRIGIRSE A LA SEDE PRINCIPAL, A LAS SEDES AUTORIZADAS PARA ESTE EFECTO, O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB www.camaradorada.org.co

****

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

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: FISIO HEALTH S.A.S.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 900790887-9
ADMINISTRACIÓN DIAN : MANIZALES
DOMICILIO : LA DORADA

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 43344
FECHA DE MATRÍCULA : NOVIEMBRE 14 DE 2014
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2026
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 09 DE 2026
ACTIVO TOTAL : 441,266,646.00
GRUPO NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CALLE 12 2 66 68
BARRIO : CENTRO
MUNICIPIO / DOMICILIO: 17380 - LA DORADA
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 3162300856
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : fisiohealth.ips@gmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CALLE 12 2 66 68
MUNICIPIO : 17380 - LA DORADA
BARRIO : CENTRO

CORREO ELECTRÓNICO : fisiohealth.ips@gmail.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

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

CERTIFICA – ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8692 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO

CERTIFICA – CONSTITUCIÓN

POR ACTA NÚMERO 1 DEL 13 DE NOVIEMBRE DE 2014 SUSCRITA POR ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 7637 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE NOVIEMBRE DE 2014, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA FISIO HEALTH S.A.S..

CERTIFICA – VIGENCIA

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

CERTIFICA – OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL. CONSTITUYE OBJETO SOCIAL ACTIVIDADES DE APO YO TERAPÉUTICO, ACTIVIDADES DE APOYO A LA EDUCACIÓN, EDUCA CIÓN TÉCNICA PROFESIONAL Y EDUCACIÓN TECNOLÓGICA. Y EN GENE RAL CUALQUIER ACTIVIDAD COMERCIAL O CIVIL DE FORMA LICITA Y TODAS LAS DEMÁS INHERENTES AL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL. PARAGRAFO: ES CONTRARIO AL OBJETO SOCIAL GARANTIZAR, RESPAL DAR, FIAR O AVALAR DEUDAS DE PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, DISTINTAS DE AQUELLAS PERSONA JURÍDICAS CON QUIENES TENGA LA CALIDAD DE MATRIZ, FILIAL, SUBSIDIARIA O ESTÉ VINCULADA ECO NÓMICAMENTE O EN LAS QUE SEA PROPIETARIA DE ACCIONES O CUO TAS.

CERTIFICA – CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	10.000.000,00	2.000,00	5.000,00
CAPITAL SUSCRITO	10.000.000,00	2.000,00	5.000,00
CAPITAL PAGADO	10.000.000,00	2.000,00	5.000,00

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES – PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 1 DEL 13 DE NOVIEMBRE DE 2014 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 7637 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE NOVIEMBRE DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE GENERAL	PEREZ JIMENEZ PAOLA ANDREA	CC 39,175,670

CERTIFICA – FACULTADES Y LIMITACIONES

FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL: EL REPRESENTANTE LEGAL TENDRÁ LAS FUNCIONES

PROPIAS DE SU CARGO Y EN ESENCIAL LAS SIGUIENTES:1. REPRESENTAR A LA SOCIEDAD JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, ANTE LOS ASOCIADOS, ANTE TERCEROS, Y ANTE CUALQUIER CLASE DE AUTORIDADES JUDICIALES Y ADMINISTRAIVAS, PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS ETC. 2. EJECUTAR LOS ACUERDOS Y RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. 3. REALIZAR LOS ACTOS Y CELEBRAR LOS CONTRATOS QUE TIENDAN A CUMPLIR LOS FINES DE LA SOCIEDAD. EN EJERCICIO DE ESTA FACULTAD PODRÁ: ENAJENAR, ADQUIRIR, MUDAR, GRAVAR, LIMITAR EN CUALQUIER FORMA Y A CUALQUIER TÍTULO LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE LA SOCIEDAD; TRANSIGIR, COMPROMETER, ARBITRAR, DESISTIR, NOVAR, RECIBIR E INTERPONER ACCIONES Y RECURSOS DE CUALQUIER GÉNERO DE TODOS LOS NEGOCIOS O ASUNTOS DE CUALQUIER ÍNDOLE QUE TENGA PENDIENTE LA SOCIEDAD; CONTRAER OBLIGACIONES CON GARANTÍA PERSONAL, PRENDARÍA O HIPOTECARIA; DAR O RECIBIR DINERO MUTUO, HACER DEPÓSITOS BANCARIOS; FIRMAR TODA CLASE DE TÍTULOS VALORES Y NEGOCIAR ESTA CLASE INSTRUMENTOS, FIRMARLOS, ACEPTARLOS, ENDOSARLOS, NEGOCIARLOS, PAGAR LOS, PROTESTARLOS, DESCARGARLOS, TENERLOS O CANCELARLOS; INTERPONER TODA CLASE DE RECURSOS, COMPARECER EN JUICIOS E QUE SE DISCUTE EL DOMINIO DE LOS BIENES SOCIALES DE CUALQUIER CLASE; FORMAR NUEVAS SOCIEDADES O ENTRAR A FORMAR PARTE DE OTROS BIENES SOCIALES DE CUALQUIER CLASE; FORMAR NUEVAS SOCIEDADES O ENTRAR A FORMAR PARTE DE OTRAS YA EXISTENTES; 4. CONSTITUIR LOS APODERADOS JUDICIALES Y EXTRAJUDICIALES QUE JUZGUE NECESARIO PARA LA ADECUADA REPRESENTACIÓN DE LA SOCIEDAD DELEGÁNDOLES LAS FACULTADES QUE ESTIME CONVENIENTES, DE AQUELLAS QUE EL MISMO GOZA. 5. PRESENTAR LOS INFORMES Y DOCUMENTOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 446 DE CÓDIGO DE COMERCIO A LA ASAMBLEA GENERAL. 6. DESIGNAR, PROMOVER Y REMOVER LOS EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD SIEMPRE Y CUANDO ELLO NO DEPENDA DE OTRO ÓRGANO SOCIAL Y SEÑALAR EL GÉNERO DE SUS LABORES, REMUNERACIONES, ETC. Y HACER LOS DESPIDOS DEL CASO. 7. CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS A SUS REUNIONES DE CUALQUIER ÍNDOLE. 8. DELEGAR DETERMINADAS FUNCIONES PROPIAS DE SU CARGO DENTRO DE LOS LÍMITES SEÑALADOS EN ESTOS ESTATUTOS. 9. CUIDAR LA RECAUDACIÓN E INVERSIÓN DE LOS FONDOS DE LA EMPRESA. 10. VELAR PORQUE TODOS LOS EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD, CUMPLAN ESTRICTAMENTE SUS DEBERES Y PONER EN CONOCIMIENTO DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O FALTAS GRAVES QUE OCURRAN SOBRE ESTE EN PARTICULAR. 11. TODAS LAS DEMÁS FUNCIONES NO ATRIBUIDA A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y PARTICULAR. 11. TODAS LAS DEMÁS FUNCIONES NO ATRIBUIDAS A LA ASAMBLEA GENERAL ACCIONISTAS Y TODAS LAS DEMÁS QUE LE DELEGUE LA LEY. 12. CONSTITUIR UNIONES TEMPORALES Y/O CONSORCIOS PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. PARÁGRAFO: EL REPRESENTANTE LEGAL REQUERIRÁ AUTORIZACIÓN DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS PARA LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER OPERACIÓN DIRECTA O INDIRECTAMENTE RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL QUE SUPERE LA CUANTÍA EN PESOS DE 300 SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, EN EL DÍA DE LA NEGOCIACIÓN.

CERTIFICA – ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** FISIO HEALTH
MATRICULA : 43345
FECHA DE MATRICULA : 20141114
FECHA DE RENOVACION : 20260309
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2026
DIRECCION : CALLE 12 2 66 68
BARRIO : CENTRO
MUNICIPIO : 17380 - LA DORADA
TELEFONO 1 : 3162300856
CORREO ELECTRONICO : fisiohealth.ips@gmail.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8692 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 441,266,646

INFORMA – TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la

CODIGO DE VERIFICACIÓN yzN1UkeCRj

Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA

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

Ingresos por actividad ordinaria : $1,497,283,695
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8621

CERTIFICA

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

CERTIFICA

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

VALOR DEL CERTIFICADO : $12,100

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

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

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

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar hasta po 60 días y cuantas veces lo requiera, el contenido del mismo, ingresando al enlace https://siifront.confecamaras.co/cv/18 seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación yzN1UkeCRj

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

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



EL SECRETARIO
JOHN JAIRO PERDOMO GONZALEZ

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

CALDAS, LA DORADA, 24/10/2026

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **FISIO HEALTH SAS** con **NIT 9007908879** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 0550085000158064

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

CONSIDERACIONES:

De acuerdo con el literal h) del artículo 4 de la Ley 1581 de 2012: "Todas las personas que intervengan en el Tratamiento de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el Tratamiento, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma".

El Título III de la Ley 1712 de 2014 establece normas acerca de las excepciones al acceso a la información, tales como información exceptuada por daño de derechos a personas naturales o jurídicas, el deber de contar con índice de información clasificada y reservada por parte de los sujetos obligados y las condiciones para la divulgación parcial de la información, entre otras.

El literal f) del artículo 23 del Título IV de la Ley 1712 de 2014 faculta al Ministerio Público para decidir disciplinariamente sobre *"(…)* los casos de faltas o mala conducta derivada del derecho de acceso a la información".

EN CONSECUENCIA:

Yo: Paola Andrea Perez Jimenez, de nacionalidad colombiano(a) identificado(a) con C.C No. 39.175.670 expedida en la ciudad de Medellin, en adelante "**EL CONTRATISTA**", suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** en relación con la información que sea puesta a mi disposición por la Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P., en el marco del contrato de prestación de servicios No. _____ de 20 26, manteniendo su confidencialidad, disponibilidad e integridad; teniendo de presente lo siguiente:

PRIMERO. *OBJETO DE LA CONFIDENCIALIDAD***:** El presente compromiso de confidencialidad, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir **EL CONTRATISTA**, respecto del acceso, consulta y uso de la información que produce y administra el **Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P.;** por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por la **Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P.**, aún después de finalizado el contrato.

La violación de lo contenido en el presente compromiso por parte del **CONTRATISTA** corresponde a un incumplimiento del contrato referido anteriormente y lo hará responsable de los daños y perjuicios directos que ocasione a la **Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P.**, derivado de su conducta dolosa o de su culpa grave, enmarcados en la normativa vigente.

SEGUNDO. *PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL Y CONFIDENCIAL:* **EL CONTRATISTA** como encargado del tratamiento de la información, dará aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como de la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información de la **Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P.** las cuales se encuentran publicadas en la página web https:// http://www.espladorada-caldas.gov.co/

TERCERO. *DESTINACIÓN*: La información que se obtenga de la **Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P.** sólo podrá ser utilizada por **EL CONTRATISTA** para el desarrollo y ejecución del objeto del contrato celebrado con la **Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P.**

CUARTO. *PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN:* **EL CONTRATISTA** no podrá publicar ni disponer de la información puesta en su conocimiento en sitios de Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, salvo autorización expresa del ministro de TIC; conservando toda información a la que tenga acceso bajo las políticas establecidas por el **MINISTERIO/ FONDO ÚNICO TIC**, manteniendo las condiciones de seguridad necesarias, así como las medidas técnicas, humanas y administrativas requeridas para impedir accesos no autorizados o fraudulentos.

QUINTO. *REPOSITORIOS DE INFORMACIÓN:* **EL CONTRATISTA utilizará** solo los repositorios de información dispuestos por el **MINISTERIO/ FONDO ÚNICO TIC**, para su uso.

SEXTO. *PROTOCOLOS DE SEGURIDAD***: EL CONTRATISTA** tomará las medidas de seguridad necesarias al usar dispositivos personales para garantizar la protección y confidencialidad de la información, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la **Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P.**

SÉPTIMO. *PROPIEDAD DE LA INFORMACIÓN***:** La información suministrada en el ejercicio contractual pertenece a la **Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P.**

PARÁGRAFO. La información que en el ejercicio de la ejecución del objeto contractual sea puesta en conocimiento por terceros, será de propiedad de tales sujetos y en ninguna circunstancia será divulgada y se protegerá bajo los preceptos del presente compromiso.

OCTAVO. *VERIFICACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD Y USO DE LA INFORMACIÓN***:** la **Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P.** se reserva el derecho de verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del presente compromiso**.**

NOVENO. *SANCIONES***:** La violación o inobservancia de lo establecido en el presente compromiso, así como el uso indebido de la información, dará lugar al inicio de acciones disciplinarias, administrativas, civiles, fiscales y penales, de acuerdo con la normativa legal vigente.

Se suscribe en la ciudad de La Dorada, Caldas, el mes de Noviembre de 2026.

Firma: 

Nombre: Paola Andrea Perez Jimenez

Cédula: 39.175.670

Empresa De Servicios Públicos De La Dorada ESPD
Anexo al Contrato de Prestación de Servicios No. _____ de 20___
Fecha: ____ de _____ de 20___.

FORMATO DE DECLARACIÓN JURAMENTADA DEL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL POR PARTE DEL CONTRATISTA

EL SUSCRITO CONTRATISTA Paola Andrea Perez Jimenez, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 39.175.670 de Medellin, domiciliado en la ciudad de LA DORADA CALDAS, actuando en nombre propio y en mi calidad de contratista mediante el contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión No. _____ de 2026, suscrito con **LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE LA DORADA ESPD**, me permito realizar la siguiente declaración bajo la gravedad de juramento, con fundamento en lo dispuesto por la normativa vigente en materia de contratación estatal, seguridad social y fiscalización de aportes, en especial en lo establecido por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el artículo 2.2.1.1.1.5.1 del Decreto 1082 de 2015, el artículo 135 de la Ley 1955 de 2019, el Decreto 1601 de 2022, la Circular Conjunta 001 de 2023, Ley 2381 de 2024, Decreto 514 de 2025 y demás normas concordantes.

I. NATURALEZA DEL VÍNCULO CONTRACTUAL

Declaro expresamente que el vínculo jurídico que me une con **LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE LA DORADA ESPD**, se enmarca en una **relación contractual de prestación de servicios**, de carácter civil y no laboral, regulada por las disposiciones contenidas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios), sin que exista subordinación jurídica ni dependencia de mi parte frente a la entidad contratante. En tal sentido, me obligo a ejecutar las actividades contratadas con plena autonomía técnica y administrativa, conforme a las condiciones establecidas en el contrato.

Una vez realizada la anterior claridad es pertinente indicar que con la expedición de la ley 2381 del 2024 por medio de la cual se establece el sistema de protección social integral para la vejez, invalidez y muerte de origen común, y se dictan otras disposiciones, se dispuso que:

> *"…si las partes no acuerdan que el pago de los aportes al sistema de seguridad social está a cargo de la entidad contratante, los contratistas serán responsables de estos"*.

Por ello, con fundamento en la ley ibidem se deja de presente que, con la vigencia de la reforma pensional, la modificación de los contratos de prestación de servicios es facultativa, mas no obligatoria de la entidad, quedando entonces al arbitrio de las partes contratantes definir lo relativo al pago de aportes al sistema de seguridad social.

II. OBLIGACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

En cumplimiento de la legislación vigente y con fundamento en los artículos 1 y 2 de la Ley 100 de 1993, el Decreto 780 de 2016, el Decreto 1601 de 2022 y la Circular Conjunta 001 de 2023 (Minsalud, Min trabajo y UGPP), Ley 2381 de 2024, Decreto 514 de 2025, manifiesto:

1. **Que me encuentro obligado, en calidad de contratista independiente, a afiliarme y cotizar de manera autónoma, periódica y oportuna al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales si a ello hubiere lugar), conforme al ingreso base de cotización (IBC) correspondiente.**
2. **Que conforme al artículo 135 de la Ley 1955 de 2019**, el pago de honorarios derivados de contratos de prestación de servicios personales por parte de entidades estatales **está condicionado** a la verificación del pago previo de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral del mes vencido, proporcional al tiempo ejecutado.
3. **Que en virtud del Decreto 1601 de 2022**, el ingreso base de cotización se determina conforme al valor mensualizado del contrato y el número de días efectivamente ejecutados, sin que pueda ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, ajustado según la duración del contrato.
4. **Que me comprometo a realizar dichos aportes de manera autónoma a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes**, y a remitir al supervisor del contrato cada mes o dentro del plazo estipulado en el cronograma de supervisión, los comprobantes de pago correspondientes como requisito indispensable para la solicitud y autorización del pago mensual de los honorarios contractuales.

III. RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL

1. Declaro conocer que **el incumplimiento de esta obligación habilita a la entidad contratante para abstenerse del pago de los honorarios correspondientes**, e incluso podrá constituir causal de suspensión o terminación unilateral del contrato, en los términos de la Ley 80 de 1993, el Decreto 1082 de 2015 y la cláusula contractual correspondiente.

2. Así mismo, eximo de toda responsabilidad a **LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE LA DORADA ESPD**, por cualquier omisión o inexactitud en los pagos que me corresponde realizar, y reconozco que el deber de cumplimiento de estas obligaciones es exclusivamente mío en mi calidad de contratista independiente.

IV. DECLARACIÓN FINAL

1. La presente declaración se suscribe **bajo la gravedad del juramento** previsto en el artículo 7 del Decreto 019 de 2012, con plena conciencia de las consecuencias legales derivadas de suministrar información falsa a la administración pública, y tendrá efectos durante **la totalidad del plazo de ejecución del contrato**, entendiéndose como compromiso contractual y anexo de obligatorio cumplimiento.

En constancia de lo anterior, firmo la presente declaración en la ciudad de La Dorada, Caldas, a los 05 días del mes de Noviembre de 2026.



C.C 39.175.670

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Fecha: 05 de noviembre de 20 26.

Yo Paola Andrea Perez Jimenez identificado (a) con la C.C. Nº 39.175.670 de _____ manifiesto voluntariamente asumir de manera unilateral, la presente declaración de conflicto de intereses, de acuerdo con las siguientes

CONSIDERACIONES

Que es mi deseo apoyar la acción del estado Colombiano para fortalecer la transparencia y la responsabilidad de rendir cuentas, en los procesos de competencia de la Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P., y las demás acciones, funciones, y actividades enmarcadas bajo los principios de legalidad, buena fe, moralidad, ética, imparcialidad, responsabilidad y lealtad, suscribiendo el presente documento y que cumpliré las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: Compromisos Adquiridos.

Asumiré explícitamente los siguientes compromisos, sin perjuicio de la obligación de cumplir la Constitución Política y la ley colombiana:

1. No pagar sobornos o realizar cualquier halago corrupto a servidores públicos, comisionados, contratistas de La Dorada, Caldas, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la ejecución del objeto y obligaciones del contrato celebrado con la Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P., bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre servidores públicos, puedan afectar su ejecución.

2. Revelar de manera clara y en forma total a cualquier organismo de control que así lo solicite información de la que tenga conocimiento respecto a la entrega de bienes o dinero en especie, en servicios o beneficios, a cambio de acciones, decisiones u omisiones.

3. Ejecutar el objeto y obligaciones que nazcan en virtud de la relación contractual, según los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad, legalidad y sin ningún tipo de presión interna o externa, comercial, financiera o de otro tipo. Atendiendo a las políticas internas de la entidad, especialmente a directrices específicas del área donde desarrolle las obligaciones contractuales de acuerdo con el contrato celebrado con la entidad.

4. No efectuar acuerdos, realizar actos o conductas que tengan por objeto la colusión con la ejecución del contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA: Conflicto de intereses

Para los efectos del presente documento se entenderá el conflicto de intereses como aquella situación que puede presentarse cuando al prestar sus servicios a la Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P., ante la necesidad de tomar decisiones, puedan entrar en conflicto los intereses de la Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P. con los intereses personales del CONTRATISTA, por diferentes motivos, por lo tanto:

☑ Manifiesto que no tengo intereses financieros, comerciales, políticos o de otra índole, relacionados con las actividades a realizar en la Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P.

☑ Manifiesto que no tengo intereses con compañías y/o operadores que tengan relaciones con la Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P., que puedan afectar mis actividades, de acuerdo con los requisitos de la legislación.

☑ Manifiesto que en la ejecución de mis funciones no interviene interés particular y directo mío, o lo de mi cónyuge, compañero o compañera permanente, o algunos de mis parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o socio o socios de hecho o de derecho.

☑ Me comprometo a informar a mi jefe directo o supervisor, según corresponda, tan pronto sobrevenga un conflicto de intereses donde yo esté involucrado(a), mientras me encuentre vinculado contractualmente con la Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P.

☑ Me comprometo a declararme impedido para actuar en un asunto cuando tenga interés particular y directo, o lo tuviere mi cónyuge, compañero o compañera permanente, o algunos de mis parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o socio o socios de hecho o de derecho.
Conforme con lo anterior, manifiesto que no puedo intervenir o actuar en los siguientes asuntos:

_____
_____
_____
_____
_____

(Si se requieren más espacios, se puede diligenciar en hoja anexa)

Declaración de conflicto de intereses y prohibiciones.

Declaro que, a la fecha, no me encuentro inmerso en alguna causal que genere conflicto de intereses para desarrollar el objeto y obligaciones del presente contrato celebrado con La Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P., sin embargo, me comprometo a **NO** incurrir en las siguientes prohibiciones:

1. Prestar, durante el plazo de ejecución del contrato celebrado con la Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P., servicios de asistencia, representación o asesoría a terceros que puedan tener intereses contrarios o ser contraparte de Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P., en actuaciones administrativas, sancionatorios, judiciales y/o ante tribunales de arbitramento.

2. Prestar, a título personal o por interpuesta persona, servicios de asistencia, representación o asesoría a terceros en asuntos relacionados con el objeto y/u obligaciones pactadas a su cargo en contrato de prestación de servicios celebrado con la Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P., durante el plazo de ejecución del contrato.

3. Emplear información, documentación o conocimiento derivado del contrato de prestación de servicios en beneficio propio o de terceros, siempre y cuando no se trate de información pública, especialmente en aquellos casos en que pretenda vincularse a terceros que puedan tener intereses contrarios o ser contraparte de la Empresa de Servicios Públicos de La Dorada E.S.P. en actuaciones administrativas, sancionatorios, judiciales y/o ante tribunales de arbitramento.

4. Incurrir en conductas que puedan entenderse incluidas dentro de la definición de conflicto de intereses.

CLAUSULA TERCERA: Consecuencias del incumplimiento.

Asumo a través de la suscripción del presente documento, las consecuencias previstas en la Ley, si se comprobare de la manera prevista en la misma, el incumplimiento de los compromisos en

materia de anticorrupción.

CLAUSULA CUARTA: Finalización relación contractual

Al finalizar el término de ejecución del contrato, tendré en cuenta las restricciones respecto al manejo confidencial de la información, documentación o conocimiento derivado del contrato de prestación de servicios la cual, no será empleada en mi beneficio o de terceros siempre y cuando no se trate de información pública.

Para constancia de lo anterior y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales previstos en esta declaración conflictos de intereses, se firma el presente documento.

FIRMA: 

C.C. 39.175.670

DECLARACION DE NO CONFLICTO DE INTERESES

El suscrito Paola Andrea Pérez Jiménez mayor de edad e identificado con cedula de ciudadanía No. 39175670 actuando en nombre y representación legal de la empresa Fisiohealth IPS identificada con el NIT 900790887-9 declaramos conocer los principios, políticas y regulaciones de Ética para el desarrollo de las actividades y negocios con La empresa de servicios públicos de La Dorada E.S.P. De acuerdo a lo anterior, certificamos lo siguiente:

- Que ni el suscrito ni Fisiohealth entidad que represento, conocen circunstancia alguna que implique conflicto de intereses para contratar con La empresa de servicios públicos de La Dorada E.S.P
- Que ni el suscrito ni Fisiohealth, entidad que represento, se hallan incursos en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades de Ley y las establecidas en el Código de Ética de La empresa de servicios públicos de La Dorada E.S.P

- Que ni el suscrito ni Fisiohealth entidad que represento, tenemos vínculo de parentesco, o sociedad civil o comercial, de hecho, o de derecho (sociedad de oficina o de negocios), con los miembros de la Junta Directiva, socios, representante legal o cualquier empleado, contratista, directivos o revisor fiscal de La empresa de servicios públicos de La Dorada E.S.P. Por parientes, deberá entenderse aquellos comprendidos dentro del tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o únicos civiles.

Según lo anterior, Fisiohealth nos obligamos a ejercer el mayor cuidado y hacer todas las diligencias razonables para prevenir cualesquiera acciones, condiciones o circunstancias que pudieran dar como resultado un conflicto de intereses con La empresa de servicios públicos de La Dorada E.S.P. Esta obligación será también aplicable a los empleados, contratistas y subcontratistas con las actividades a desarrollar. Así mismo se obliga a informar de manera inmediata de cualquier solicitud que le sea realizada en estos mismos términos, con ocasión a su contratación, ya sea en provecho de un empleado, directivo o de un tercero.

Toda la información relacionada entre las partes será considerada como reservada y confidencial.

El presente documento se suscribe en la ciudad de La Dorada el día 04 del mes noviembre de 2026.
Cordialmente,



Paola Andrea Pérez Jimenez
C.C. No. 39.175.670 de Medellín
Representante legal
FISIOHEALTH IPS S.A.S

POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMCAION

FISIOHEALTH IPS, en su política institucional, garantizar al usuario ética profesional y respeto por la información correspondiente a la atención prestada y su intimidad, estableciendo procesos que responden a la normatividad vigente y a sus derechos; teniendo herramientas para la protección y custodia de los registros clínicos e infraestructura que facilite su comodidad. Permitiéndole sentir como propias sus necesidades.

Es compromiso institucional garantizar los recursos necesarios para la el mejoramiento tecnológico e infraestructura requerida para el cumplimiento de la política.

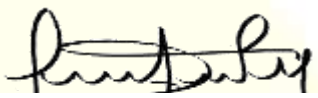
CONFIDENCIALIDAD

- Al software solo pueden ingresar las personas que laboran en ésa área.
- Todos los registros concernientes a la atención clínica de los usuarios, deben ser anexados en la historia clínica.
- La historia clínica es de propiedad del usuario, IPS FISIOHEALTH es responsable de su custodia y conservación: cuando el usuario solicite una copia de su historia debe venir personalmente con oficio de solicitud y copia de su documento de identidad o enviar una autorización al correo electrónico.
- Se deben garantizar procesos de respaldo y restauración de la información Establecer procesos que garanticen restricciones de acceso a la información al personal, de acuerdo a sus funciones.
- Los resultados de exámenes de Laboratorio y/u otra ayuda diagnostica deben ser consignados directamente en la historia clínica. Cuando el usuario los solicite, éste debe reclamarlos directamente con su documento de identidad o en su defecto, diligenciar una autorización para que otra persona los pueda reclamar.

PRIVACIDAD

- Adecuar la estructura física para facilitar la privacidad y el respeto por la dignidad de cada usuario.
- La atención a los usuarios no se debe interrumpir con llamadas por celular, telefónicas o conversaciones con otros compañeros, el usuario es nuestra prioridad.

- Cuando se esté brindando atención a un usuario, se debe solicitar permiso para el acceso donde lo estén atendiendo.
- La atención a los usuarios debe realizarse en los consultorios o áreas definidas para ello. En las diferentes dependencias se debe atender un usuario a la vez, brindándoles información para que se respeten los turnos correspondientes, garantizando privacidad.
- Sensibilizar a los usuarios sobre el respeto por la privacidad de las otras personas. Ofrezca al usuario los implementos necesarios para que se sienta cómodo en la atención, cierre la puerta del consultorio o área para atender a cada usuario.



Representante Legal
Fecha de revisión: Día: 10 Mes: 01 Año: 2024

IPS FISIO HEALTH	**FISIO HEALTH IPS SAS** **FORMATO**	Fecha: 14/04/2025
		Version: 1.0
		SIC-FO-05

CERTIFICACIÓN PAGO PARAFISCALES PERSONA JURÍDICA

CERTIFICACION DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES ARTICULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002 (PERSONA JURIDICA)

Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, el suscrito representante legal **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 39.175.670 y el Contador Público **JOSE ALEXANDER MACIAS** de la sociedad, **FISIO HEALTH IPS S.A.S** identificada con NIT. 900.790.887-9, certificamos que la empresa se encuentra a Paz y Salvo por concepto del pago de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones, exonerados de aportes parafiscales por "***el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, introducido por la Ley 1607 de 2012 y modificado por las leyes 1819 de 2016 y 2010 de 2019***", se encuentra a paz y salvo por todo el personal que se encuentra laborando dentro de la misma y que así lo requiere, durante los últimos seis (6) meses.

Lo anterior, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, se suscribe por el Representante Legal teniendo en cuenta que la empresa no cuenta con revisor fiscal.

La presente se expide en La Dorada Caldas., a los tres (03) días del mes de noviembre del año 2026.

Atentamente.

PAOLAANDREA PEREZ JIMENEZ
C.C 39.175.670
REP. Legal **FISIO HELATH IPS S.A.S**
Tel. 3008989445

JOSE ALEXANDER MACIAS
C.C 1.5054.550.011
CONTADORR PUBLICO
TP. 310231-T









UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

EBA49F7592848C46

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JOSE ALEXANDER MACIAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1054550011 de LA DORADA (CALDAS) Y Tarjeta Profesional No 310231-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900790887	9	FISIO HEALTH SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8692	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CL 12 2 66		3008989445			FISIOHEALTH.IPS@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-09	2026-10	38899293	E	2026-10-05	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	4.286.800	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
10	38899293	2026-10-21	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1054542408	ALVAREZ BARRENECHE IBETH DAYANA	1.750.905	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	42.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	463.100	S	3869201
2	CC 24651341	DELGADO GARCIA ELENA VIVIANA	1.750.905																	0			15	0	15	30	PORVENIR-230301	1.313.179	210.200	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.313.179	52.600	1.750.905	18.300	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	281.100	N	2811001
3	CC 1073327242	GUERRERO MARTINEZ INGRITH JOHANA	1.750.905	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	429.600	S	1829901
4	CC 1054550011	MACIAS JOSE ALEXANDER	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	429.600	S	1701001
5	CC 1054567298	MEJIA GAITAN LEIDY CAROLINA	1.750.905	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	429.600	S	1829901
6	CC 43653409	MOSQUERA CRUZ ESNEDA	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	18.300	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	438.700	S	2811001
7	CC 1054543837	MURILLO MOSQUERA SANDRA MILENA	1.750.905																	0			15	0	15	30	PORVENIR-230301	1.313.179	210.200	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.313.179	52.600	1.750.905	18.300	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	281.100	N	3869201
8	CC 39175670	PEREZ JIMENEZ PAOLA ANDREA	2.750.905	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	2.750.905	440.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.750.905	110.100	CCF DE CALDAS-CCF11	2.750.905	110.100	2.750.905	14.400	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	674.800	S	1829901
9	CC 1054540542	RODRIGUEZ SANABRIA CAROLINA	1.750.905	F																0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	429.600	S	1829901
10	CC 1000722489	SERRATO BELTRAN ELIANA CAMILA	1.750.905	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	429.600	S	1829901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900790887	9	FISIO HEALTH SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8692	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
17-380	CL 12 2 68		3008989445		FISIOHEALTH.IPS@GMAIL.COM		S	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-08	2026-09	38616159	E	2026-09-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	4.286.800	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
10	38616159	2026-09-18	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																	DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot.	Subt. Tipo Cot.			
1	CC 1054342408	ALVAREZ BARRENECHE IBETH DAYANA	1.750.905	F																			30	30	30	30	PROTECCION-23020I	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	42.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	463.100	S	3869201
2	CC 24651341	DELGADO GARCIA ELENA VIVIANA	1.750.905																				15	0	15	30	PORVENIR-23030I	1.313.179	210.200	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.313.179	32.600	1.750.905	18.300	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	281.100	N	2811001
3	CC 1073327242	GUERRERO MARTINEZ INGRITH JOHANA	1.750.905	F																			30	30	30	30	PORVENIR-23030I	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	429.600	S	1829901
4	CC 1054550011	MACIAS JOSE ALEXANDER	1.750.905	F																			30	30	30	30	COLPENSION-25-25-14	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	429.600	S	1701001
5	CC 1054567298	MEJIA GAITAN LEIDY CAROLINA	1.750.905	F																			30	30	30	30	PORVENIR-23030I	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	429.600	S	1829901
6	CC 43653489	MOSQUERA CRUZ ESNEDA	1.750.905	F																			30	30	30	30	COLPENSION-25-25-14	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	18.300	0,01044	0	0	0	0	0	01	0	438.700	S	2811001
7	CC 1054543837	MURILLO MOSQUERA SANDRA MILENA	1.750.905																				15	0	15	30	PORVENIR-23030I	1.313.179	210.200	0	0	SIN EPS-SINEPS	0	0	CCF DE CALDAS-CCF11	1.313.179	32.600	1.750.905	18.300	0,01044	0	0	0	0	0	51	0	281.100	N	3869201
8	CC 39175870	PEREZ JIMENEZ PAOLA ANDREA	2.750.905	F																			30	30	30	30	PROTECCION-23020I	2.750.905	440.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.750.905	110.100	CCF DE CALDAS-CCF11	2.750.905	110.100	2.750.905	14.400	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	674.600	S	1829901
9	CC 1054540542	RODRIGUEZ SANABRIA CAROLINA	1.750.905	F																			30	30	30	30	COLFONDOS-21001	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	429.600	S	1829901
10	CC 1000722489	SERRATO BELTRAN ELIANA CAMILA	1.750.905	F																			30	30	30	30	PORVENIR-23030I	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	CCF DE CALDAS-CCF11	1.750.905	70.100	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	429.600	S	1829901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900790887	9	FISIO HEALTH SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	ÚNICA	8692	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
17-380	CL 12 2 66		3008989445		FISIOHEALTH.IPS@GMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-08	2026-09	38616159	E	2026-09-09	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	4.286.800	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
10	38616159	2026-09-16	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
17.633.598	15.007.240	18.509.050	17.633.598	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				10	2.822.000	0	0	0	2.822.000
PORVENIR	230301	800224808	8	5	1.261.000	0	0	0	1.261.000
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	280.200	0	0	0	280.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	2	560.400	0	0	0	560.400
PROTECCION	230201	800229739	0	2	720.400	0	0	0	720.400
EPS(Administradoras: 1)				8	600.800	0	0	0	600.800
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	8	600.800	0	0	0	600.800
ARP(Administradoras: 1)				10	158.000	0	0	0	158.000
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	10	158.000	0	0	0	158.000
CCF(Administradoras: 1)				10	706.000	0	0	0	706.000
CCF DE CALDAS	CCF11	890806490	5	10	706.000	0	0	0	706.000
Gran Total					4.286.800	0	0	0	4.286.800

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 39175670 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 13/10/2026 09:38 AM

Código Verificación: **WRHM2QGA7T**

Válida hasta: **13/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:00:20 PM horas del 04/11/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **39175670**
Apellidos y Nombres: **PEREZ JIMENEZ PAOLA ANDREA**

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.

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 12:10:41 horas del 04/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **39175670,** Apellidos y Nombres **PEREZ JIMENEZ PAOLA ANDREA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Empresa de servicios publicos de La Dorada E.S.P.**, con NIT **900790887-9** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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, 13/10/2026 09:40:16 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **39175670** y Nombre: **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ.**

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. **149425777** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

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 miércoles 04 de noviembre de 2026, a las 11:51:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	39175670
Código de Verificación	39175670261104115158

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.

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO

Contralor Delegado

Generó: WEB

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 13 de octubre de 2026, a las 09:23:32, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	9007908879
Código de Verificación	9007908879261013092332

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.



ANDRÉS MAURICIO LÓPEZ RIVERA
Contralor Delegado (E)

Generó: WEB

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305865617

PIB
11:40:52

Bogotá DC, 04 de noviembre 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) PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39175670:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONTRATO	FECHA 03/02/2025
CONTRATO No.	**042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**
FECHA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	14/04/2025
OBJETO CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD AL PERSONAL CACOM 1**
CONTRATISTA	FISIO HEALTH SAS. – NIT. 900.790.887-9
SUPERVISOR	T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA
SISTEMA DE REMUNERACIÓN AL CONTRATISTA (FORMA DE PAGO)	<table><tr><th>FECHA DE CORTE</th><th>FECHA DE PAGO</th><th>VALOR</th></tr><tr><td>20 DE JUNIO DE 2025</td><td>PAC AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>DE ACUERDO A FACTURACION</td></tr><tr><td>14 DE NOVIEMBRE DEL 2025</td><td>PAC DICIEMBRE 2025 y/o CUENTAS POR PAGAR 2025 (pagaderas en el primer bimestre del 2026)</td><td>DE ACUERDO A FACTURACION SIN SUPERAR EL SALDO RESTANTE DEL CONTRATO</td></tr></table>
VALOR DEL CONTRATO INICIAL	**$78.000.000.00**
PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del **contrato hasta el 14 de noviembre de 2025, y/o hasta agotar el presupuesto oficial, lo primero que ocurra.** <table><tr><th>FECHA DE CORTE</th><th>FECHA DE PAGO</th><th>VALOR</th></tr><tr><td>20 DE JUNIO DE 2025</td><td>PAC AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción de los servicios</td><td>DE ACUERDO A FACTURACION</td></tr><tr><td>14 DE NOVIEMBRE DEL 2025</td><td>PAC DICIEMBRE 2025 y/o CUENTAS POR PAGAR 2025 (pagaderas en el primer bimestre del 2026)</td><td>DE ACUERDO A FACTURACION SIN SUPERAR EL SALDO RESTANTE DEL CONTRATO</td></tr></table> Previa presentación de la factura, acta parcial de recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato suscrita con el supervisor del contrato, certificación de pago de aportes fiscales y demás trámites administrativos a que haya lugar
FECHA DE INICIO	24-04-2025
FECHA DE SUSPENSIÓN (SI APLICA)	N/A
FECHA DE REANUDACIÓN (SI APLICA)	N/A
CONTRATO MODIFICATORIO No. 1 (SI APLICA)	***DE REDUCCIÓN***
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	10-10-2025
OBJETO DEL CONTRATO MODIFICATORIO	Se realiza el primer Modificatorio, en el sentido **de REDUCIR la suma de $20.050.000.00**, al contrato, dejando un saldo a favor de quinientos mil pesos ($500.000), destinado a la atención de eventuales requerimientos relacionados con la CNSC y exámenes post-incapacidad, a solicitud de la supervisión, con la

ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONTRATO	FECHA 03/02/2025
	aprobación del contratista y AUTORIZADO por el señor coronel ordenador del gasto CACOM-1.
FORMA DE PAGO	Segundo Corte o Corte final: Los servicios prestados hasta el 14 de noviembre de 2025, se pagarán con cargo al PAC diciembre de 2025 y/o cuentas por pagar 2025, pagaderas en el primer bimestre del 2026, hasta por el valor facturado a la fecha y/o agotado el presupuesto oficial, previa suscripción del Acta de recibo total por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes.
PLAZO DE EJECUCION (MODIFICADO) (SI APLICA)	Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato **hasta el 14 de noviembre de 2025, y/o hasta agotar el presupuesto oficial, lo primero que ocurra.**
VALOR ADICIONADO / REDUCIDO (SEGÚN APLIQUE)	**$20.050.000.00**
VALOR FINAL DEL CONTRATO CON LA MODIFICACIÓN.	**$57.950.000.00**
CONTRATO MODIFICATORIO N° 2 (SI APLICA)	***DE ADICIÓN***
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	14-11-2025
OBJETO DEL CONTRATO MODIFICATORIO	Se realiza el Modificatorio No. 2, en el sentido de **ADICIONAR la suma de $5.259.000.00,** al contrato en mención, quedando el **nuevo valor del contrato en $63.209.000.00,** de acuerdo a la necesidad de realizar exámenes médicos ocupacionales para el personal militar y civil participante en el curso de trabajo en alturas, a solicitud de la supervisión, con la aprobación del contratista y AUTORIZADO por el señor coronel ordenador del gasto CACOM-1
FORMA DE PAGO	Segundo Corte o Corte final: Los servicios prestados hasta el 14 de noviembre de 2025, se pagarán con cargo al PAC diciembre de 2025 y/o cuentas por pagar 2025, pagaderas en el primer bimestre del 2026, hasta por el valor facturado a la fecha y/o agotado el presupuesto oficial, previa suscripción del Acta de recibo total por parte del supervisor y cumplimiento de los trámites administrativos correspondientes.
PLAZO DE EJECUCION (MODIFICADO) (SI APLICA)	Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato **hasta el 14 de noviembre de 2025, y/o hasta agotar el presupuesto oficial, lo primero que ocurra.**
VALOR ADICIONADO / REDUCIDO (SEGÚN APLIQUE)	**$5.259.000.00**
VALOR FINAL DEL CONTRATO	**$63.209.000.00**

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-026
	FORMATO ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL DE CONTRATO – BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL	Versión N°:	04
		Vigencia:	12-12-2024

ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONTRATO	FECHA 03/02/2025

Nota: Se podrían incluir las filas necesarias en relación a la cantidad de modificatorios realizados durante la ejecución del contrato.

En Puerto Salgar-Cundinamarca, el día 03, del mes de febrero del 2026, a las 14:00 horas se reunieron: el señor **coronel JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ**, la señora **T3. INGRITH MARCELA PEREZ TORO**, por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA**, en sus calidades de ordenador del gasto y supervisor principal y respectivamente; la señora **PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ**, Representante Legal de la empresa **FISIO HEALTH SAS – NIT. 900.790.887-9**, en calidad de contratista, con la finalidad de proceder a la liquidación bilateral del contrato **No. 042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025** cuyo objeto es ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POST INCAPACIDAD AL PERSONAL CACOM 1.***

BIENES Y/O SERVICIOS RECIBIDOS

ÍTEM	BIENES RECIBIDOS	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR
ÍTEM	**SERVICIOS RECIBIDOS**	**UNIDAD**	**CANTIDAD**	**VALOR**
1	Examen médico ocupacional con énfasis en riesgo osteomuscular (Ingreso, periódico y retiro)	81	81	$4.698.000
2	Examen médico ocupacional con énfasis en alturas y concepto de aptitud	91	91	$5.642.000
3	Examen médico ocupacional con concepto de aptitud manipulación de alimentos	33	33	$1.815.000
4	Examen post-incapacidad y/o de reintegro	8	8	$440.000
5	Evaluación psicológica ocupacional (Mas psicosensométricos para conducción)	25	25	$1.950.000
6	Evaluación psicológica ocupacional	28	28	$1.820.000
7	Examen optométrico (ingreso, periódico y retiro)	262	262	$11.004.000
8	Audiometría de tamizaje (Ingreso, periódico y retiro)	263	263	$8.416.000
9	Espirometría	55	55	$2.475.000
10	Electrocardiograma (En trabajador mayor de 50 años o con patología cardiovascular)	31	31	$2.077.000
11	KOH de uñas de las manos	33	33	$561.000
12	Frotis faríngeo	33	33	$561.000
13	Coprológico	33	33	$561.000
14	Glicemia central	95	95	$2.280.000

ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONTRATO		FECHA 03/02/2025		
15	Perfil lipídico (Colesterol Total, Triglicéridos, HDL, LDL)	224	224	$11.648.000
16	Plomo en sangre	4	4	$312.000
17	Parcial de orina, GOT, GTP	31	31	$620.000
18	Cuadro hemático (Mínima de cuarta generación	14	14	$322.000
19	Prueba de embarazo (Cualitativa en sangre), solo aplica para cargos críticos	4	4	$100.000
20	Vacuna contra Hepatitis A (Refuerzo cada cinco años)	31	31	$4.650.000
21	Vacuna contra fiebre tifoidea (Refuerzo cada tres años)	5	5	$1.250.000

ESTADO FINANCIERO	
Valor total del contrato	**$63.209.000.00**
VALORES EJECUTADOS	**$63.209.000.00**
VALOR ANTICIPO Y/O PAGO ANTICIPADO	N/A
Valor amortizado	
Saldo a favor del contratista	$0.00
Saldo a favor del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA.	$0.00

PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA

N°	CUENTA BANCARIA (Número – Tipo - Entidad)	VALOR
Pago N° 1	**CTA. AHORROS 085000158064**	**$44.189.000.00**
Pago N° 2	**CTA. AHORROS 085000158064**	**$19.020.000.00**
	TOTAL, PAGADO	**$63.209.000.00**

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	FECHA	VALOR
3225	**14-01-2025**	**$78.000.000.00**

REGISTRO PRESUPUESTAL

REGISTRO PRESUPUESTAL	FECHA	VALOR
106825	**Modificado 14-11-2025**	**$63.209.000.00**

GARANTÍAS (Contrato de Seguro)

ASEGURADORA	RIESGO	PÓLIZA #	VIGENCIA		CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN SI APLICA	VALOR ASEGURADO
			DESDE	HASTA		

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-026
	FORMATO ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL DE CONTRATO – BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL	Versión N°:	04
		Vigencia:	12-12-2024

ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONTRATO			FECHA 03/02/2025			
COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS	Cumplimiento	CMZ-100012605	**14-04-2025**	**14-04-2026**	$15.600.000.00	
	Prestaciones Sociales		**14-04-2025**	**14-12-2028**	$3.900.000.00	

CONSIDERACIONES:
Las partes declaran terminado y liquidado el Contrato **No.042-00-D-CACOM-1-DEDHU-2025**, inicialmente descrito, el cual fue ejecutado de acuerdo a lo pactado, conforme lo indicó el supervisor en las actas de recibo a satisfacción suscritas los días 20 de junio y 14 de noviembre de 2025.

CONSTANCIA(S) ENTIDAD CONTRATANTE

NOTA: se deja constancia que, al momento de firmar la presente acta de liquidación, quedan con vigencia los siguientes amparos:
Cumplimiento del Contrato: Hasta el 14-04-2026
Pago de salarios y Prestaciones Sociales: Hasta el 14-02-2028

CONSTANCIA(S) CONTRATISTA

N/A

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON



PAOLA ANDREA PEREZ JIMENEZ
Representante Legal FISIO HEALTH S.A.S
CONTRATISTA



T3. PEREZ TORO INGRITH MARCELA
SUPERVISOR

CR. JUAN MANUEL VELASCO MARTINEZ
ORDENADOR DEL GASTO CACOM-1

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304661438

PIB
09:25:52

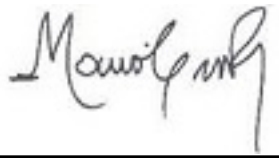
Bogotá DC, 13 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona FISIO HEALTH S.A.S identificado(a) con NIT número 9007908879:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA
(LEY 190 DE 1995 Y LEY 443 DE 1998)
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

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

INSTRUCCIONES GENERALES:
Antes de comenzar a diligenciar este formato tenga en cuenta las siguientes instrucciones :
- Escriba en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro.
- Las fechas deben ir en números arábigos.
- Si requiere ampliar la relación de los contratos de prestación de servicios, utilice una hoja en blanco.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: FISIOHEALTH IPS SAS

SIGLA: FISIOHEALTH IPS SAS | NIT No. 900.790.887-9

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :

ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO: 08 (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE :

CLASE: 16 (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS: Colombia | DEPARTAMENTO: Caldas

MUNICIPIO: La Dorada | DIRECCIÓN: Calle 12 # 2 - 66

TELÉFONOS: 3008989445 Y 3162300856 | FAX | APARTADO AÉREO

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	2 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
3 LABORATORIO CLÍNICO	4 OPTOMETRÍA
5 MEDICINA GENERAL	6 PSICOLOGÍA

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

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

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 1	X		3115891486	28/10/2026	$ 58.125.000
MUNICIPIO LA DORADA	X		300791716	30/12/2025	$ 39.858.000
MUNICIPIO LA DORADA	X		3007791716	18/12/2026	$ 45.773.826
COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 1	X		3115891486	25/04/2025	$ 63.209.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: Perez | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): Jimenez | NOMBRES: Paola Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]

NÚMERO: 39.175.670

ACTÚA EN CARÁCTER DE : Representante Legal [X] Apoderado [ ]

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $ 1.000.000.000

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

OBSERVACIONES : _____

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

FIRMA | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 13/10/2026

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

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

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE | CIUDAD Y FECHA

CONTRATANTE

IPS FISIO HEALTH

Su Salud en nuestras manos

900 790 887-9 NIT
316 230 0856
CALLE 12 # 2-66
LA DORADA CALDAS
fisiohealth.ips@gmail.com

EMITIDO A

Señores: EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA
Fecha: 04-11-2026
NIT: 810004450-8

COTIZACIÓN DE SERVICIOS

DETALLE	PRECIO
Examen médico ocupacional de Pre-Ingreso	$60.000
Examen médico ocupacional de Egreso	$63.000
Examen médico ocupacional Periodico	$60.000
Examen médico ocupacional con enfasis en alturas	$60.000
Audiometria	$35.000
Optometria	$42.000
Visiometria	$35.000
Perfil lipidico	$60.000
Glicemia	$20.000

VIGENCIA AÑO 2026

Atentamente

Carolina Rodriguez Sanabria
Administradora