

**Santa Rosa de Osos 26 de diciembre 2022**

**Señor:**

**Juan Humberto Parra**

**Gerente**

**Corporación hospital San Juan de Dios Unirémington Santa  
Rosa de Osos Antioquia**

- 1. Asunto:** propuesta comercial- servicio de suministros asistenciales de salud - médicos generales 24/7 – para cobertura en las áreas de urgencia, consulta externa, hospitalización y traslado de pacientes en ambulancia medicalizada.
- 2. Servicios médicos Ofertados:** 2000 horas al mes o el valor real facturado con horario preestablecido y programado 24/7: incluye: contrato laboral con todos los beneficios y garantías establecidas por la ley (aporte a eps, pensión y arl riesgo vi, pago de parafiscales, primas, vacaciones, cesantías, intereses a cesantías, dotación, recargos nocturnos, dominicales y festivos) y demás prebendas que la ley modifique o adicione.
- 3. Servicios de medicina especializada** (Medicina interna, ortopedia, pediatría, radiólogo, ginecobstetricia) por disponibilidad y basado en cronograma de actividades en agenda programada.
- 4. Oferta-Valor hora ordinaria médico general:** Treinta y nueve mil cuatrocientos diez mil pesos \$ 39.410.000.
- 5. Valor estimado mensual a facturar médicos generales 2000 horas ordinarias** setenta y ocho millones ochocientos veinte pesos \$ 78.820.000.
- 6. Recargos por conceptos correspondientes a horas extras, en razón de jornada laboral ordinaria que se desarrolla en ese horario:**

| <b>Tipo de hora extra.</b>              | <b>Porcentaje de recargo.</b> |
|-----------------------------------------|-------------------------------|
| Extra diurno                            | 25%                           |
| Trabajo nocturno                        | 35%                           |
| Trabajo dominical y festivo             | 75%                           |
| Trabajo nocturno en dominical y festivo | 110%                          |

7. El valor consulta médica especializada se oferta basado en la tarifa SOAT PLENO 2023 menos el 15% y será el resultado de las horas realizadas por cronograma de actividades. Valor estimado a facturar mensual – cien millones de pesos \$ 100.000.000.
8. Se oferta de manera permanente y dando garantías del servicio contratado diez (10) médicos generales al mes o los que sean requeridos para dar cumplimiento a las horas contratadas, con cobertura de intensidad horaria mensual de 2000 horas sujetas a disponibilidad o el valor real facturado incluido los impuestos de retención establecidos por la Dian 2% para entidades prestadoras de servicios de salud (ips).
9. Los médicos ofertados contarán con documentación al día verificada previamente por el área de talento humano de PROMEDICS SALUD 24/7 IPS SAS y certificada con lista de chequeo por el área de talento humano de la Corporación hospital San Juan de Dios Uniremington requisito indispensable para su ingreso, dando, garantías al proceso de vinculación laboral.

El profesional médico estará destinado a ejercer su labor en los servicios de urgencias, hospitalización, consulta y traslado de pacientes en ambulancia medicalizada.

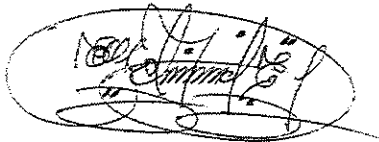
Exención de relación laboral y de prestaciones laborales: PROMEDICS salud 24/7 ips sas se compromete a no utilizar modalidades de vinculación que impliquen desconocimiento o violación de los derechos laborales constitucionales, legales y extralegales de carácter individual o colectivo del personal a su cargo.

PROMEDICS salud 24/7 ips sas NIT 901134813-5 se compromete a radicar facturas los primeros 2 días hábiles de cada mes adjuntando los soportes preestablecidos en las cláusulas contractuales.

Las horas facturadas por los profesionales médicos ofertados por PROMEDICS Salud 24/7 ips sas deberán ser tabuladas en tabla de Excel, a su vez, certificadas en cuadro de turno por el coordinador médico y entregadas al área encargada de contabilidad de PROMEDICS salud el primer día hábil de cada mes.

Condiciones de pago: Plazo de 30 días calendario posterior a radicación de factura.

Tiempo requerido para hacer efectivo el servicio contratado 8 días hábiles posterior a solicitud y firma del contrato.



EDER GALINDO ESCORCIA

CC: 1043007016

REPRESENTANTE LEGAL DE PROMEDICS SALUD 24/7 IPS SAS.

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)  
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

**I. IDENTIFICACIÓN**

|                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN <b>PROMEDICS SALUD 24/7 IPS SAS</b>                                                                                                            |                                                    | NIT No. <b>901134813-5</b>                        |
| SIGLA                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                   |
| PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:                                                                                                                   |                                                    | PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE: |
| ORDEN<br><input type="checkbox"/> NAL <input type="checkbox"/> DPTL <input type="checkbox"/> DIST. <input type="checkbox"/> MPL <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUÁL? _____ | TIPO<br><input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO) | CLASE <input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO)  |
| DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA                                                                                                                                             | PAIS <b>COLOMBIA</b>                               | DEPARTAMENTO <b>ANTIOQUIA</b>                     |
| MUNICIPIO <b>SANTA ROSA DE OSOS</b>                                                                                                                                        | DIRECCIÓN <b>29- NUMERO 28-05</b>                  |                                                   |
| TELÉFONOS <b>3154546979</b>                                                                                                                                                | FAX                                                | APARTADO AEREO                                    |

**II. SERVICIOS**

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

|                                                    |                                                     |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <sup>1</sup> Actividades de la practica medica sin | <sup>2</sup> Actividades de apoyo terapéutico       |
| <sup>3</sup> internacion                           | <sup>4</sup> Otras actividades de la salud humana   |
| <sup>5</sup> Actividades de apoyo diagnostico      | <sup>6</sup> Actividades de practica de odontología |

**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          |
|----------------------------------------------------|-----|------|-----------|-------------------|----------------|
| Corporación Hospital San Juan de Dios uniremington | X   |      |           | 30/08/2022        | \$ 180.000.000 |
| Clínica conquistadores sas                         |     | X    | 602 22 52 | 31/12/2022        | \$ 481.248.000 |
| Serviregional sas                                  |     | X    | 594.5111  | 31-12-2022        | \$ 215.376.000 |
| Consorcio fondo de atención en salud PPL           |     | X    |           | 30-06-2021        | \$ 459.393.000 |
| Fiduprevisora                                      |     |      |           |                   |                |

**IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

|                                                                                                           |                                                |                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO <b>GALINDO</b>                                                                            | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <b>ESCORCIA</b> | NOMBRES <b>EDER</b>                                                                        |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                               | NÚMERO                                         | ACTÚA EN CARÁCTER DE:                                                                      |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> | <b>1043007016</b>                              | Representante Legal <input type="checkbox"/> Apoderado <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                           |                                                | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN<br><b>\$ 1.200.000.000</b>                                       |

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: S ☐ NO ☒ 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 |
|-------|---------------------------|

**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

FORMA FUHVPJ001

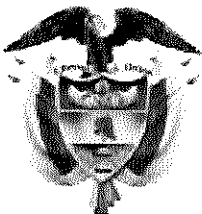
(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

| I. IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                |                                                                                            |                                             |                                                    |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------|
| RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN <b>PROMEDICS SALUD 24/7 IPS SAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                                                                            |                                             |                                                    | NIT No. <b>901134813-5</b> |
| SIGLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                                                                            |                                             |                                                    |                            |
| PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                                                                            |                                             | PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE : |                            |
| ORDEN<br><input type="checkbox"/> NAL <input type="checkbox"/> DPTL <input type="checkbox"/> DIST. <input type="checkbox"/> MPL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                            |                                             | TIPO<br><input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO) |                            |
| CLASE <input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                                                            |                                             |                                                    |                            |
| DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA PAÍS <b>COLOMBIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                            | DEPARTAMENTO <b>ANTIOQUIA</b>               |                                                    |                            |
| MUNICIPIO <b>SANTA ROSA DE OSOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                            | DIRECCIÓN <b>CRA 28 NUMERO 29-05</b>        |                                                    |                            |
| TELÉFONOS <b>3154546979</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                                                                            | FAX                                         |                                                    | APARTADO AÉREO             |
| II. SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                                                                                            |                                             |                                                    |                            |
| RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                |                                                                                            |                                             |                                                    |                            |
| 1 Actividades de la practica medica sin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                                                                                            | 2 Actividades de apoyo terapéutico          |                                                    |                            |
| 3 internación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                                                                                            | 4 Otras actividades de salud humana         |                                                    |                            |
| 5 Actividades de apoyo diagnostico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |                                                                                            | 6 Actividades de practica de odontología    |                                                    |                            |
| 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                      |
| Fideicomiso fondo nacional en salud PPL (FIDUCENTRAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X                                              |                                                                                            |                                             | 31 -12-2021                                        | 130.000.000                |
| Certificación de discapacidad teleconsulta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X                                              |                                                                                            |                                             | 31-03-2022                                         | 64.547.000                 |
| Gobernación de Antioquia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                                                                            |                                             |                                                    |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                                                                            |                                             |                                                    |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                                                                            |                                             |                                                    |                            |
| IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                            |                                             |                                                    |                            |
| PRIMER APELLIDO <b>GALINDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <b>ESCORCIA</b> |                                                                                            | NOMBRES <b>EDER</b>                         |                                                    |                            |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NÚMERO                                         | ACTÚA EN CARÁCTER DE :                                                                     |                                             | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN                          |                            |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>1043007016</b>                              | Representante Legal <input type="checkbox"/> Apoderado <input checked="" type="checkbox"/> |                                             | <b>1.200.000.000</b>                               |                            |
| ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE : <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO 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 <b>29/12/2022</b> |                                                    |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |                                                                                            |                                             |                                                    |                            |
| 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

FORMA FUHVPJ001



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 <b>PROMEDICS SALUD 24/7 IPS SAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                                                                    |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| SIGLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                                                                    | NIT No. <b>901134813-5</b>                                                                                          |                   |                                                      |
| PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                                                    | PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:                                                                   |                   |                                                      |
| ORDEN<br><input type="checkbox"/> NAL <input type="checkbox"/> DPTL <input type="checkbox"/> DIST. <input type="checkbox"/> MPL. <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUÁL? _____                                                                                                                                                                                               |          |                                                                    | TIPO<br><input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO)                                                                  |                   | CLASE <input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO)     |
| DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          | PAÍS <b>COLOMBIA</b>                                               | DEPARTAMENTO <b>ANTIOQUIA</b>                                                                                       |                   |                                                      |
| MUNICIPIO <b>SANTA ROSA DE OSOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | DIRECCIÓN <b>CRA 28 NUMERO 29-05</b>                               |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| TELÉFONOS <b>3154546979</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          | FAX                                                                |                                                                                                                     | APARTADO AÉREO    |                                                      |
| II. SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                                                    |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                    |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| 1 <b>Actividad de la practica sin internacion</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          | 2 <b>Otras Actividades de la salud humana</b>                      |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| 3 <b>Actividades de apoyo diagnostico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          | 4 <b>Otras actividades practica odontologicas</b>                  |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| 5 <b>Actividades de apoyo terapeutico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          | 6                                                                  |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                                                    |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO:                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                                                                    |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| ENTIDAD CONTRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PUB      | PRIV                                                               | TELÉFONO                                                                                                            | FECHA TERMINACIÓN | VALOR                                                |
| <b>GOBERNACION DE ANTIOQUIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>X</b> |                                                                    |                                                                                                                     | <b>26/12/2022</b> | <b>\$ 78.953.664</b>                                 |
| <b>CORPORACION HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS UNIREMINGTON</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>X</b> |                                                                    |                                                                                                                     | <b>31/12/2022</b> | <b>\$190.000.000</b>                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                                                                    |                                                                                                                     |                   |                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                                                                    |                                                                                                                     |                   |                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                                                                    |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                                                    |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| PRIMER APELLIDO <b>GALINDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <b>ESCORCIA</b> NOMBRES <b>EDER</b> |                                                                                                                     |                   |                                                      |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                  |          | NÚMERO<br><b>1043007016</b>                                        | ACTÚA EN CARÁCTER DE:<br>Representante Legal <input checked="" type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> |                   | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN<br><b>\$ 1.200.000.000</b> |
| ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> 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 <b>29/12/2022</b>                                                                         |                   |                                                      |
| 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

FORMA FUHVPJ001

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**  
**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

YO, **PROMEDICS SALUD 24/7 IPS SAS**

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☒ OTRO ☐ No. **1043007016** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN **CRA 28 CL 26A 41** TELÉFONOS **3154546979**

MUNICIPIO **SANTA ROSA DE OSOS** DEPARTAMENTO **ANTIOQUIA** PAÍS **COLOMBIA**

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

| NOMBRES Y APELLIDOS            | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|--------------------------------|-----------------------------|------------|
| WILFREDO GABRIEL GALINDO AVILA | 8631308                     | PADRE      |
| JULIANA GALINDO CARO           | 1038141168                  | HIJA       |
| SARA GALINDO CARO              | 1027665604                  | HIJA       |
|                                |                             |            |
|                                |                             |            |
|                                |                             |            |
|                                |                             |            |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☒ PARA MODIFICAR  
LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR  
INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

| CONCEPTO                            | VALOR        |
|-------------------------------------|--------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | \$ 5.000.000 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS  |              |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN            |              |
| ARRIENDOS                           | \$ 3.200.000 |
| HONORARIOS                          |              |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             |              |
| TOTAL                               |              |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| DAVIVIENDA         | AHORROS        | 037700210729        | MEDELLIN          | 8.000.000          |
|                    |                |                     |                   |                    |
|                    |                |                     |                   |                    |
|                    |                |                     |                   |                    |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|-------|
|              |                         |       |
|              |                         |       |
|              |                         |       |
|              |                         |       |

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |

c) En la actualidad : SI ☒ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE

LIZ TATIANA CARO GARCES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

Nº

C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐

25801339

## 2 ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

STA ROSA DE OSOS 29/12/2022

CIUDAD Y FECHA

Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia  
**CERTIFICADO REGISTRO MERCANTIL**

Fecha de expedición: 06/12/2022 - 1:21:01 PM  
Recibo No.: 0023639816

Valor: \$00



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jVlgkvlbaibPZjan

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.certificadoscamara.com](http://www.certificadoscamara.com) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

**CERTIFICADO DE REGISTRO MERCANTIL**

El SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE MEDELLIN PARA ANTIOQUIA, con fundamento en las matriculas de Registro Mercantil,

**CERTIFICA**

|                  |                                      |
|------------------|--------------------------------------|
| NOMBRE           | PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S       |
| SIGLA            | No reportó                           |
| NIT              | N 901134813-5                        |
| MATRICULA NUMERO | 21-603910-12 de Noviembre 24 de 2017 |
| ACTIVOS          | \$345,145,360                        |

**CERTIFICA**

=====

Fecha de Renovación: Marzo 25 de 2022

=====

**CERTIFICA**

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL: Carrera 13 20 09 BRR EL PAJONAL CAUCASIA, ANTIOQUIA, COLOMBIA

**CERTIFICA**

DIRECCIÓN(ES) PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL

Carrera 13 20 09 BRR EL PAJONAL CAUCASIA, ANTIOQUIA, COLOMBIA

**CERTIFICA**

DIRECCIÓN(ES) ELECTRONICA PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL

promedicssaludips@gmail.com

**CERTIFICA**

**ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO**

|           |                                          |
|-----------|------------------------------------------|
| NOMBRE    | PROMEDICS SALUD 27-7 IPS S.A.S.          |
| DIRECCIÓN | Establecimiento-Principal                |
| CIUDAD    | Carrera 13 20 09 BRR EL PAJONAL CAUCASIA |

Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia  
**CERTIFICADO REGISTRO MERCANTIL**

Fecha de expedición: 06/12/2022 - 1:21:01 PM  
Recibo No.: 0023639816

Valor: \$00



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jVlgkvlbaibPZjan

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.certificadoscamara.com](http://www.certificadoscamara.com) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

MATRICULA NUMERO 21-647495-02 de Noviembre 24 de 2017  
RENOVACIÓN MATRÍCULA Marzo 25 de 2022  
CORREO ELECTRONICO promedicssaludips@gmail.com

ACTIVIDAD ECONÓMICA CÓDIGO CIIU VERSIÓN 4.0 A.C.

8621: Actividades de la práctica médica, sin internación

8691: Actividades de apoyo diagnóstico

5320: Actividades de mensajería

5310: Actividades postales nacionales

CERTIFICA

NOMBRE PROMEDICS SALUD 24/7 IPS S.A.S  
DIRECCIÓN Establecimiento-Principal  
CIUDAD Carrera 29 No. 28 05  
MATRICULA NUMERO SANTA ROSA DE OSOS  
CORREO ELECTRONICO 21-739437-02 de Febrero 02 de 2022  
promedicssaludips@gmail.com

ACTIVIDAD ECONÓMICA CÓDIGO CIIU VERSIÓN 4.0 A.C.

8621: Actividades de la práctica médica, sin internación

8691: Actividades de apoyo diagnóstico

8692: Actividades de apoyo terapéutico

8699: Otras actividades de atención de la salud humana

CERTIFICA

TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Micro.

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

Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia  
**CERTIFICADO REGISTRO MERCANTIL**

Fecha de expedición: 06/12/2022 - 1:21:01 PM  
Recibo No.: 0023639816

Valor: \$00



CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jVlgkvlbaibPZjan

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.certificadoscamara.com](http://www.certificadoscamara.com) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

Ingresos por actividad ordinaria \$518,728,390.00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU: 8621

**CERTIFICA**

PROCEDENCIA DE LOS ANTERIORES DATOS: Que la información anterior ha sido tomada directamente del formulario de matrícula, y sus renovaciones posteriores diligenciado por el comerciante.

Los actos de inscripción aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de su notificación, siempre que los mismos no hayan sido objeto de los recursos, en los términos y en la oportunidad establecidas en los artículos 74 y 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Este certificado cuenta con plena validez jurídica según lo dispuesto en la ley 527 de 1999. En él se incorporan tanto la firma mecánica que es una representación gráfica de la firma del Secretario de la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, como la firma digital y la respectiva estampa cronológica, las cuales podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos PDF.

Si usted expidió el certificado a través de la plataforma virtual, puede imprimirlo con la certeza de que fue expedido por la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia. La persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado puede verificar su contenido, hasta cuatro (4) veces durante 60 días calendario contados a partir del momento de su expedición, ingresando a [www.certificadoscamara.com](http://www.certificadoscamara.com) y digitando el código de verificación que se encuentra en el encabezado del presente documento. El certificado a validar corresponde a la imagen y contenido del certificado creado en el momento en que se generó en las taquillas o a través de la plataforma virtual de la Cámara.

Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia

**CERTIFICADO REGISTRO MERCANTIL**

Fecha de expedición: 06/12/2022 - 1:21:01 PM

Recibo No.: 0023639816

Valor: \$00



**CAMARA DE COMERCIO**  
**DE MEDELLIN PARA ANTIOQUIA**

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: jVlgkvlbaibPZjan

-----  
Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.certificadoscamara.com](http://www.certificadoscamara.com) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.  
-----

SANDRA MILENA MONTES PALACIO  
DIRECTORA DE REGISTROS PÚBLICOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.043.007.016**  
**GALINDO ESCORCIA**

APELLIDOS  
**EDER**

NOMBRES

FIRMA



ADIC. BIOMÉTRICO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1983**  
**SABANALARGA**  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70**

**O+**

**M**

ESTATURA

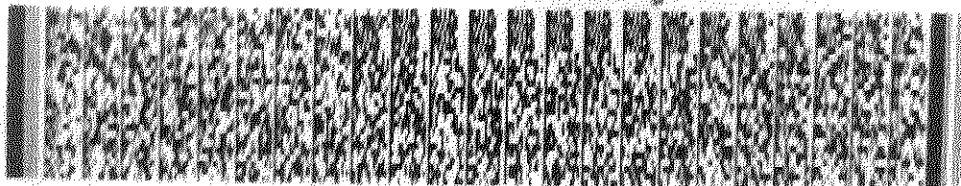
G.S. RH

SEXO

**04-NOV-2009 SABANALARGA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO YACRE



P-0004006-01094086-M-1043007016-20190819

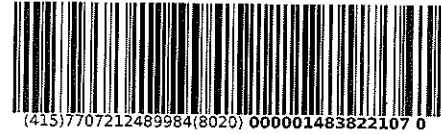
0067441734A-1

99097857B1

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14838221070



(415)7707212489984(8020) 000001483822107 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 1 3 4 8 1 3

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

1 1

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

1

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S

36. Nombre comercial

PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Antioquia

40. Ciudad/Municipio

Santa Rosa de Osos

6 8 6

41. Dirección principal

CR 29 28 05

42. Correo electrónico

promedicssaludips@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 5 4 5 4 6 9 7 9

45. Teléfono 2

3 1 6 5 7 1 5 9 3 8

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7 1 1 1 6

## Actividad secundaria

48. Código

8 6 9 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 7 1 1 1 6

## Otras actividades

50. Código

5 3 2 0

1

2

5 3 1 0

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 4 1 6 4 2 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exogena

16- Obligación facturar por ingresos bienes

42- Obligado a llevar contabilidad

52 - Facturador electrónico

## Obligados aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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

2022 - 07 - 16 / 09 : 43: 24

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

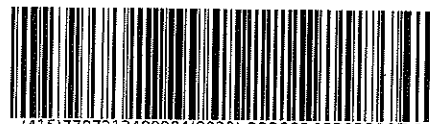
984. Nombre GALINDO ESCORCIA EDER

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14838221070



(415)7707212489984(8020) 000001483822107 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 1 3 4 8 1 3 5

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

1 1

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

3

64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

1

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

| Documento                   | 1. Constitución     | 2. Reforma |                                  |
|-----------------------------|---------------------|------------|----------------------------------|
| 71. Clase                   | 0 4                 |            | 82. Nacional 1 0 0 %             |
| 72. Número                  |                     |            | 83. Nacional público 0 . 0 %     |
| 73. Fecha                   | 2 0 1 7 1 1 1 6     |            | 84. Nacional privado 1 0 0 . 0 % |
| 74. Número de notaría       |                     |            |                                  |
| 75. Entidad de registro     | 0 3                 |            | 85. Extranjero 0 %               |
| 76. Fecha de registro       | 2 0 1 7 1 1 2 4     |            | 86. Extranjero público 0 . 0 %   |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 0 6 0 3 9 1 0 1 2 |            | 87. Extranjero privado 0 . 0 %   |
| 78. Departamento            | 0 5                 |            |                                  |
| 79. Ciudad/Municipio        | 0 0 1               |            |                                  |
| Vigencia                    |                     |            |                                  |
| 80. Desde                   | 2 0 1 7 1 1 1 6     |            |                                  |
| 81. Hasta                   | 2 0 9 9 1 2 3 1     |            |                                  |

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Superintendencia de Sociedades

5

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 0 7 1 5            |                                               | -      |
| 2    |                   |                            |                                               | -      |
| 3    |                   |                            |                                               | -      |
| 4    |                   |                            |                                               | -      |
| 5    |                   |                            |                                               | -      |

Vinculación económica

|                                                                         |                                                |                                                                                 |         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 93. Vinculación económica                                               | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante        | 96. DV. |
| 97. Nombre o razón social de la matriz o controlante                    |                                                |                                                                                 |         |
| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior        | 171. País                                      | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP |         |
| 173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP |                                                |                                                                                 |         |

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14838221070



(415)7707212489984(8020) 000001483822107 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 1 3 4 8 1 3

6. DV

5

12. Dirección seccional  
Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

1 1

## Representación

|                                                   |                                                              |                                       |                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 98. Representación<br>REPRS LEGAL PRIN            | 99. Fecha inicio ejercicio representación<br>2 0 1 7 1 1 2 4 |                                       |                                    |
| 100. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadaní 1 3 | 101. Número de identificación<br>1 0 4 3 0 0 7 0 1 6         | 102. DV                               | 103. Número de tarjeta profesional |
| 104. Primer apellido<br>GALINDO                   | 105. Segundo apellido<br>ESCORCIA                            | 106. Primer nombre<br>EDER            | 107. Otros nombres                 |
| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT)    | 109. DV                                                      | 110. Razón social representante legal |                                    |

|                                                  |                                                              |                                      |                                    |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 98. Representación<br>REPRS LEGAL SUPL           | 99. Fecha inicio ejercicio representación<br>2 0 1 7 1 1 2 4 |                                      |                                    |
| 100. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadan 1 3 | 101. Número de identificación<br>8 0 4 7 2 7 8               | 102. DV                              | 103. Número de tarjeta profesional |
| 104. Primer apellido<br>CORDOBA                  | 105. Segundo apellido                                        | 106. Primer nombre<br>ELKIN          | 107. Otros nombres<br>AICARDO      |
| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT)   | 109. DV                                                      | 110. Razón socii representante legal |                                    |

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

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

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

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14838221070



(415)7707212489984(8020) 000001483822107 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 1 1 3 4 8 1 3 5

Impuestos de Medellín

1 1

**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

|                                                   |                                                      |                                          |                                   |       |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|-------|
| 111. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadana 1 3 | 112. Número de identificación<br>1 0 4 3 0 0 7 0 1 6 | 113. DV<br>1                             | 114. Nacionalidad<br>COLOMBIA     | 1 6 9 |
| 115. Primer apellido<br>GALINDO                   | 116. Segundo apellido<br>ESCORCIA                    | 117. Primer nombre<br>EDER               | 118. Otros nombres                |       |
| 119. Razón social                                 |                                                      |                                          |                                   |       |
| 120. Valor capital del socio                      | 121. % Participación                                 | 122. Fecha de ingreso<br>2 0 1 7 1 1 2 4 | 123. Fecha de retiro              |       |
| 111. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadana 1 3 | 112. Número de identificación<br>3 9 2 6 7 1 4 2     | 113. DV<br>1                             | 114. Nacionalidad<br>COLOMBIA     | 1 6 9 |
| 115. Primer apellido<br>HERNANDEZ                 | 116. Segundo apellido<br>ALCALA                      | 117. Primer nombre<br>MYRIAM             | 118. Otros nombres<br>DEL SOCORRO |       |
| 119. Razón social                                 |                                                      |                                          |                                   |       |
| 120. Valor capital del socio                      | 121. % Participación                                 | 122. Fecha de ingreso<br>2 0 1 7 1 1 2 4 | 123. Fecha de retiro              |       |
| 111. Tipo de documento                            | 112. Número de identificación                        | 113. DV                                  | 114. Nacionalidad                 |       |
| 115. Primer apellido                              | 116. Segundo apellido                                | 117. Primer nombre                       | 118. Otros nombres                |       |
| 119. Razón social                                 |                                                      |                                          |                                   |       |
| 120. Valor capital del socio                      | 121. % Participación                                 | 122. Fecha de ingreso                    | 123. Fecha de retiro              |       |
| 111. Tipo de documento                            | 112. Número de identificación                        | 113. DV                                  | 114. Nacionalidad                 |       |
| 115. Primer apellido                              | 116. Segundo apellido                                | 117. Primer nombre                       | 118. Otros nombres                |       |
| 119. Razón social                                 |                                                      |                                          |                                   |       |
| 120. Valor capital del socio                      | 121. % Participación                                 | 122. Fecha de ingreso                    | 123. Fecha de retiro              |       |
| 111. Tipo de documento                            | 112. Número de identificación                        | 113. DV                                  | 114. Nacionalidad                 |       |
| 115. Primer apellido                              | 116. Segundo apellido                                | 117. Primer nombre                       | 118. Otros nombres                |       |
| 119. Razón social                                 |                                                      |                                          |                                   |       |
| 120. Valor capital del socio                      | 121. % Participación                                 | 122. Fecha de ingreso                    | 123. Fecha de retiro              |       |

Espacio reservado para la DIAN



Página 5 de 5 Hoja 6

4. Número de formulario

14838221070



(415)7707212489984(8020) 000001483822107 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 1 3 4 8 1 3

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

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

|                                                                    |                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 160. Tipo de establecimiento<br>Establecimiento de comerci 0 2     | 161. Actividad económica<br>Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1 |
| 162. Nombre del establecimiento<br>PROMEDICS SALUD 27-7 IPS S.A.S. |                                                                                        |
| 163. Departamento<br>Antioquia 0 5                                 | 164. Ciudad/Municipio<br>Caucasia 1 5 4                                                |
| 165. Dirección<br>CARRERA 13 NO. 20 09 BRR EL PAJONAL              |                                                                                        |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>0 0 6 4 7 4 9 5 0 2          | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 1 7 1 1 2 4                                |
| 168. Teléfono<br>3 1 0 8 9 4 7 2 0 8                               | 169. Fecha de cierre                                                                   |

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

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

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 viernes 30 de diciembre de 2022, a las 06:56:59, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| Tipo Documento         | Nit                   |
| No. Identificación     | 901134815             |
| Código de Verificación | 901134815221230065659 |

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.



YEZID LOZANO PUNTES  
Contralor Delegado

Generó: WEB

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

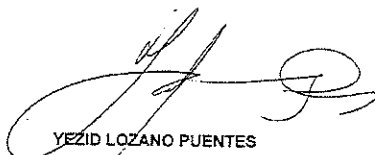
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 29 de diciembre de 2022, a las 12:27:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1043007016             |
| Código de Verificación | 1043007016221229122702 |

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.



YEZID LOZANO PUENTES  
Contralor Delegado

Generó: WEB

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 212322011



WEB

06:57:51

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 de diciembre del 2022

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) PROMEDICS SALUD 24-7 IPS S.A.S. identificado(a) con NIT número 9011348135:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**

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



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 212283489



WEB

12:25:52

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de diciembre del 2022

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) EDER GALINDO ESCORCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1043007016:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**

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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

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

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:28:58 PM horas del 29/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1043007016

Apellidos y Nombres: **GALINDO ESCORCIA EDER**

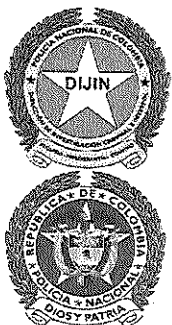
#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 76  
– 25 barrio Modelía, 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:  
51 59700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



## 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, 29/12/2022 12:46:37 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1043007016**.

## 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. **49616129**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

515 9000



**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 58 Nº 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



El futuro  
es de todos

Colombia  
de Colombia

ES UN  
**HONOR**  
SER POLICÍA

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:53:18 horas del 29/12/2022, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1043007016**,  
Apellidos y Nombres **GALINDO ESCORCIA EDER**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Promedics Salud 24/7 IPS S.A.S**, con NIT **901134813-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

## CERTIFICACION

MEDELLIN, ANTIOQUIA, 29/12/2022

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **PROMEDICS SALUD 24-7 IPS SAS** con **NIT 901.134.813-5** posee en el Banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número 037700204888

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**