

Medellín – Antioquia,

05 de junio de 2024

Señores:

SINDICATO DE PROFESIONALES DE LA SALUD “PROSALUD” Y ESP HOSPITAL LA MARIA DE ANTIOQUIA.

Referencia: Solicitud de convenios interadministrativos

PABLO ANDRES JARAMILLO MARTINEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 1.038.117.910, compareciendo de este modo ante su entidad para formular **Solicitud de información de la constitución del Hospital la María, convenios inter administrativos y presentación posterior de la respectiva reclamación administrativa**, la cual reposa en sus archivos y/o expedientes y que me es de extrema importancia obtenerlos, por lo que presento esta solicitud ante ustedes para que se pronuncie de ella y emita una respuesta de fondo a la petición instaurada:

CON FUNDAMENTOS EN LO QUE A CONTINUACIÓN SE EXPRESAR:

1. Labore a los servicios del **ESP HOSPITAL LA MARIA DE MEDELLIN**, por intermedio de un contrato sindical Celebrado con el **SINDICATO DE PROFESIONALES DE LA SALUD “PROSALUD”** el cual dio inicio el 01 de noviembre del año 2023 al 14 de marzo del año 2024, devengando un SALARIO \$4.495.278.

PRETENSION

Por todo lo anterior, me dirijo a ustedes muy respetuosamente para solicitarles que:

1. Se me expida copia convenio interadministrativo celebrado Entre la ESP HOSPITAL LA MARIA DE MEDELLIN y el SINDICATO DE PROFESIONALES DE LA SALUD “PROSALUD”, convenio el cual da paso a la posibilidad de contratación de personal mediante contratos sindicales para la prestación de servicio a este Hospital.
2. De ser el caso de no existir un convenio como el anterior mencionado, solicito se proceda por parte de las entidades, a manifestar bajo que figura legal y/o modalidad de contratación se dispone la autorización de esta tercerización de servicios (contratación) en la ESP HOSPITAL LA MARIA DE MEDELLIN que permite vincular personas a filiadas al SINDICATO DE PROFESIONALES DE LA SALUD “PROSALUD”:
3. Se le Solicita adicionalmente, copia del decreto, acto administrativo u ordenamiento expedido por el Municipio de Medellín o Departamento de Antioquia que constituyo la ESP HOSPITAL LA MARIA DE ANTIOQUIA.
4. Se me detalle la rigurosidad y/o vigilancia (auditoria) que se le hace a la ESP HOSPITAL LA MARIA DE MEDELLIN al SINDICATO DE PROFESIONALES DE LA SALUD “PROSALUD” para determinar cumplimiento de obligaciones por la prestación del servicio de Salud en el Municipio de Medellín,

auditoria y/o vigilancia la cual recae en cabeza de los beneficiarios del servicio los cuales son el Departamento de Antioquia y el Municipio de Medellín.

ANEXOS

- Copia del contrato Sindical Celebrado entre PABLO ANDRES JARAMILLO MARTINEZ identificado con cédula de ciudadanía número 1.038.117.910 y el SINDICATO DE PROFESIONALES DE LA SALUD "PROSALUD", los cuales son beneficiarios la ESP HOSPITAL LA MARIA DE MEDELLIN, el Departamento
- Copia de las colillas de pago de los meses de Noviembre, Diciembre y Enero que acreditan el salario de \$4.495.278.
- **Copia de mi historia clínica expedida por parte de INCODOL.**
- Copia de la carta de finalización del contrato por presunta Finalización del Convenio Sindical, situación que es falsa a la fecha de presentación de esta solicitud.
- Copia de la constancia laboral, en la cual se acredita que estuve vinculado a las entidades mencionadas desde el 01 de noviembre del año 2023 al 14 de marzo del año 2024, momento en el cual se da la finalización del contrato sin justa causa.
- Copia de mi cedula de ciudadanía.

NOTIFICACIONES

El suscrito las recibirá en: Carrera 65 No. 49 B – 21, local 107 bloque B Centro Comercial Los Sauces; teléfono 2918252 - 4797379, Medellín – Antioquia. Correo electrónico: alternativasjuridicas-medellin@hotmail.com

Atentamente,

Pablo A. Jaramillo Martinez
PABLO ANDRES JARAMILLO MARTINEZ
C.C 1.038.117.910

**"PROSALUD"- SINDICATO DE PROFESIONALES DE LA SALUD
CONVENIO DE EJECUCION
DEBERES Y OBLIGACIONES DEL AFILIADO PARTICIPE EN EL
CONTRATO SINDICAL.**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cocagua, 25 Febrero 1992
OFICIO QUE DESEMPEÑA: GERENCIA DE LA INFORMACION
CIUDAD Y FECHA DE INICIO: MEDELLIN, 02 de enero de 2024
APORTARÁ SU TRABAJO COMO AFILIADO PARTICIPE EN LA CONTRATACIÓN SINDICAL QUE SE DESARROLLA EN: LA ESE HOSPITAL LA MARIA DE ANTIOQUIA,

Entre los suscritos: **JORGE IVAN ALVAREZ SOTO**, mayor de edad domiciliado y residente en Caldas Antioquia e identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.396.099 de Caldas Ant., quien actúa en calidad de Representante Legal del **SINDICATO DE PROFESIONALES DE LA SALUD "PROSALUD"**, Sindicato de Gremio, con personería Jurídica No. 007 del 21 de junio de 2011, emitida por el Ministerio de la Protección Social, entidad identificada con NIT: 900.444.737-1, de una parte, quien para los efectos del presente documento se denominará en adelante **"PROSALUD"** y de otra parte **JARAMILLO MARTINEZ PABLO ANDRES** mayor de edad, domiciliado(a) y residente en Medellin e identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.038.117.910 de Cocagua, quien obra por su propio nombre y quien para los efectos del presente documento se denominará en adelante el **"AFILIADO PARTICIPE"**, se ha celebrado el presente documento que tiene por objeto determinar los Deberes y Obligaciones relativos a la ejecución del contrato sindical, que se rige por lo dispuesto en los artículos 373 numeral 3., 482, 483 y 484 del Código Sustantivo de Trabajo, así como el Decreto 1429 del 28 de abril de 2010 y demás normas sobre la materia, y en atención a ello, suscriben las siguientes cláusulas: **PRIMERA. DECLARACIÓN: EL AFILIADO PARTICIPE** es una persona natural, quien voluntaria, libre y conscientemente se afilia a **"PROSALUD"** mediante solicitud escrita dirigida a la Junta Directiva. **SEGUNDA. EFECTOS:** la firma del presente acuerdo obliga al **AFILIADO PARTICIPE** a conocer y cumplir con los Estatutos y Reglamento del Contrato Sindical, aportando su trabajo personal de conformidad con sus aptitudes, habilidades, capacidades y requerimientos en la ejecución del Contrato Sindical. **PARAGRAFO UNO:** De acuerdo al contenido del Decreto 1429 de 2010, el cual reglamentó el contrato sindical de que trata el artículo 482 del Código Sustantivo del trabajo, señalando en el artículo 5° que el sindicato será el responsable de la administración del sistema de seguridad social integral, incluyendo la afiliación, retiro, pagos y demás novedades respecto de los afiliados partícipes, por lo cual, se hizo necesario de acuerdo a la resolución 2634 del 27 de junio de 2014, adicionar en la Planilla Integrada de liquidación de aportes - PILA, el tipo de aportante 9 "Pagador de aportes contrato sindical" y el tipo de cotizante 53 "Afiliado Participe". **PARAGRAFO DOS: LOS AFILIADOS PARTICIPES**, tendrán la calidad de **TRABAJADORES INDEPENDIENTES**, y como tal, se utilizará el tipo de planilla "Y Planilla Independientes Empresas", por cuanto, nos encontramos frente a una agremiación sindical autorizada por el Ministerio, y pagamos los aportes de trabajadores independientes agremiados al Sindicato **PROSALUD**. **PARAGRAFO TRES:** La compensación básica a recibir por el desarrollo de actividades de este proceso será de: **BASICA HORA \$14,075; AUXILIO DE MANUTENCION \$12,466** **TERCERA. SERVICIOS:** **PROSALUD** desarrolla procesos y subprocesos de **GERENCIA DE LA INFORMACION** en sus instalaciones o en las que se acuerde con terceros contratantes según lo estipulado en el contrato sindical y el respectivo reglamento. **EL AFILIADO PARTICIPE** se compromete a efectuar su aporte de trabajo para contribuir con el cumplimiento efectivo de los convenios o contratos celebrados por **PROSALUD**. **CUARTA. CONTRAPRESTACIÓN POR TRABAJO:** **EL AFILIADO PARTICIPE** recibirá en contraprestación por su aporte de trabajo una compensación de acuerdo con lo estipulado en reglamento del Contrato Sindical, el cual declara el afiliado conocer y se compromete aceptar. **QUINTA. COMPENSACIONES:** **PROSALUD**, se compromete compensar el aporte de trabajo al cual se refiere este documento al **AFILIADO PARTICIPE**, de acuerdo con el Reglamento del Contrato Sindical, teniendo en cuenta las deducciones de ley. **PAGRAFO:** el **AFILIADO PARTICIPE** autoriza a **PROSALUD** para deducir de su compensación las sumas a su favor por concepto de préstamos, multas, fondos, cuota sindical ordinaria, cuota de afiliación y la cuota mensual del afiliado participe, entre otros; de acuerdo con los Estatutos del sindicato, Reglamento del Contrato Sindical y/o aprobaciones de Asamblea de Afiliados y/o Junta Directiva. **SEXTA. PLAZO DE PAGO:** **PROSALUD** entregará al **AFILIADO PARTICIPE** las compensaciones por el trabajo efectuado, en pagos mensuales vencidos, previa cancelación de la facturación por parte de las entidades contratantes. **SEPTIMA. DURACIÓN:** La duración será definida por el tiempo de duración del **CONTRATO SINDICAL** que suscriban la Entidad contratante y el Sindicato, además de la necesidad del servicio que tenga la Entidad contratante, dependiendo así mismo del cumplimiento de obligaciones por parte del **AFILIADO PARTICIPE**. Este vínculo también estará supeditado a lo dispuesto en el reglamento del contrato sindical. **PARAGRAFO:** No obstante, lo indicado con respecto a la Duración, se estipula un **PERIODO DE PRUEBA**, el cual será de un término hasta de dos (2) meses, periodo dentro del cual la agremiación sindical podrá retirar del desarrollo de actividades en desarrollo del contrato sindical, a los afiliados partícipes que no estén cumpliendo con las expectativas y necesidades del servicio, sin necesidad de tener una justa causa para hacerlo. **OCTAVA. TERMINACIÓN DEL CONVENIO DE EJECUCIÓN POR PARTE DEL SINDICATO.** **EL SINDICATO** podrá dar por terminado el Convenio de Ejecución cuando deje de existir el servicio brindado por los **AFILIADOS EJECUTORES**, o se termine el Contrato Sindical que daba origen al acuerdo. **NOVENA. DERECHOS SOCIALES:** Cada uno de los **AFILIADOS PARTICIPES** tiene el derecho de participar en las actividades del Sindicato y en la administración de la misma, mediante el desempeño de cargos sociales, el ejercicio de actos de decisión y elección en las Asambleas Generales y la de fiscalización de sus gestiones. **DECIMA. DECIMA. OBLIGACIONES ESPECIALES:** con el fin de que el sindicato pueda cumplir adecuadamente con sus funciones, se consideran como obligaciones especiales del **AFILIADO PARTICIPE** el reporte de todos los nuevos beneficiarios al sistema de seguridad social que llegue a tener en el transcurso del presente convenio de ejecución y el aportar al sindicato **PROSALUD** la totalidad de documentos que la Entidad contratante requiera para la habilitación del servicio que se prestará a través del contrato sindical. **DECIMA PRIMERA. RESPONSABILIDAD:** **EL AFILIADO PARTICIPE** se compromete a efectuar su aporte personal de trabajo con calidad y eficiencia y deberá asumir las sanciones, indemnizaciones y demás costos derivados del incumplimiento de sus obligaciones, su impericia o descuidos injustificados, por lo tanto su responsabilidad frente a terceros derivada de sus actuaciones, será asumida por él mismo en forma exclusiva e individual como ejecutor directo del componente asistencial o administrativo del contrato y por lo tanto no compromete al Sindicato. La responsabilidad económica respecto a las objeciones y glosas estará a cargo del **AFILIADO PARTICIPE** que dio origen al mismo. **EL ASOCIADO PARTICIPE** autoriza a que le sea descontado de su compensación el valor de la glosa que le corresponde. **DECIMA SEGUNDA.**

RUT: 900.444.737-1

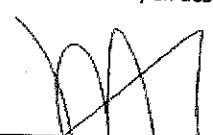
PBX: 604 448 9292

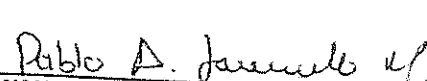
www.sindicatoprosalud.com

Carrera 50 N° 127 Sur 61 - Of. 803 / Caldas (Ant)

SANCIONES: El incumplimiento de cualquiera de las disposiciones establecidas en el presente Convenio de Ejecución, la Ley, los Estatutos, Reglamento del Contrato Sindical, así como de las Resoluciones o Acuerdos de la Asamblea General y la Junta Directiva, le acarrearán al **AFILIADO PARTICIPE** las consecuencias sancionatorias establecidas en dichas normas. **PARÁGRAFO:** Son justas causas para poner término en forma unilateral a este Convenio de ejecución las establecidas en los Estatutos y Reglamento del Contrato Sindical. **DECIMA TERCERA. INTERRUPCION DEL TRABAJO. EL AFILIADO PARTICIPE** deberá comunicar por escrito con una antelación no inferior a treinta (30) días, la suspensión temporal de su trabajo. Para de esta forma tener tiempo de hacer las previsiones necesarias y no afectar el cumplimiento de las obligaciones adquiridas con terceros. **PARAGRAFO PRIMERO:** En ningún caso se podrá suspender el trabajo sin haber hecho la comunicación con la antelación mencionada, sin que se considere abandono del puesto de trabajo y por tanto se haría acreedor a las sanciones pertinentes. **PARAGRAFO SEGUNDO:** En el evento de suspender el trabajo por parte del **AFILIADO PARTICIPE** generada por calamidad o caso fortuito, deberá dar aviso a **PROSALUD** dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del hecho. **PARAGRAFO TRES:** Por realizarse el pago de la seguridad social de forma verocida **EL AFILIADO PARTICIPE** acepta y autoriza cancelar el valor de la pagado en el SGSS, en caso de retirarse antes de la finalización del mes. **DECIMA CUARTA. RIESGO DEL CONVENIO DE EJECUCION:** debido al carácter del contrato sindical cada uno de los Afiliados Participes asumirá los riesgos, ventajas y desventajas propios del ejercicio de las actividades que el sindicato ejerza. De manera que si se presentan pérdidas en los ejercicios económicos deberán asumirlas conjuntamente. **DECIMA QUINTA. CONSTANCIA:** El presente Convenio de Ejecución ha sido redactado estrictamente de acuerdo con las leyes, las disposiciones legales que respaldan la materia, y será interpretado de buena fe en concordancia con los Estatutos y reglamento del contrato sindical. Ambas partes deberán conocerlos, aceptarlos y obedecerlos. Cualquier divergencia, reclamación o conflicto derivados de su interpretación, serán dirimidos de acuerdo con la legislación en las Leyes, Estatutos y reglamentos citados con la intervención de la Junta Directiva y la Asamblea General de Afiliados cuando fuere el caso. **DECIMA SEXTA: CONFIDENCIALIDAD: EL AFILIADO PARTICIPE** se compromete a: 1. Mantener la información que maneja y produce en confidencialidad, restringir la divulgación de dicha información, y sólo suministrarla a las personas autorizadas por **PROSALUD**, que tengan necesidad de conocerla, comunicando a tales personas la obligación de mantenerla en reserva. 2. Utilizar la información únicamente para los fines que se establezca **PROSALUD**. 3. No divulgar dicha información a ningún tercero, sin la aprobación previa por escrito de **PROSALUD**. 4. Proteger dicha información con el cuidado necesario para evitar su divulgación no autorizada por **PROSALUD**. 5. No explotar o transmitir, directa o indirectamente, ninguna información que le entregue **PROSALUD**, relacionada con el trabajo que le fue asignado. 6. Toda información seguirá siendo de propiedad o tenencia de **PROSALUD** y el **AFILIADO PARTICIPE** no adquirirá ningún derecho por el sólo hecho de haberla elaborado y conocerla. **DECIMA SEPTIMA: CLAUSULA COMPROMISORIA:** Todas las controversias o diferencias relativas al convenio de ejecución, se resolverán en primera instancia por arreglo directo entre las partes, en su defecto, mediante un tribunal de arbitramento que se constituirá y se sujetará a lo dispuesto en las normas vigentes al momento de su convocatoria de acuerdo con las siguientes reglas. A) el tribunal estará integrado por tres (3) árbitros los que serán elegidos de común acuerdo entre las partes. B) La organización interna del tribunal se sujetará a las reglas previstas para el efecto. C) El tribunal decidirá en derecho. D) Los costos serán sufragados por ambas partes. **DECIMA OCTAVA. DOMICILIO:** El domicilio para los efectos de este Convenio de ejecución será el Municipio de Caldas, Antioquia, y las partes podrán ser notificadas en las siguientes direcciones: **EL AFILIADO PARTICIPE** en la Calle 61 H 56-57, **TELEFONO 3106475539**, **CELULAR 3106475539**. **PROSALUD** en la Cra 50 Nro 127 SUR 61 Int. 803 del Municipio de Caldas (Ant.). **DECIMA NOVENA. DEROGATORIA:** El presente Convenio de Ejecución reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno, cualquier otro acuerdo verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad y con carácter de obligatorio cumplimiento para las partes. **VIGESIMA. MODIFICACIONES:** Las modificaciones que se hagan al Convenio de ejecución deberán constar por escrito.

De conformidad con las anteriores cláusulas, las partes suscribimos el presente Convenio de Ejecución en el Municipio de Caldas Departamento de Antioquia el 02 de enero de 2024, en dos ejemplares del mismo tenor y valor.


JORGE ALAN ALVAREZ SOTO
PRESIDENTE
C.C. 71.396.099 de Caldas


PABLO A. JARAMILLO
NOMBRE: JARAMILLO MARTINEZ PABLO ANDRES
Afiliado Participe
C.C. 1,038,117,910 de Caldas (Ant.)

www.sindicatoprosalud.com

Carrera 50 N° 127 Sur 61 - Of. 803 / Caldas (Ant)

RUT: 900.444.737-1

PBX: 604 448 9232



Carrera 50 N° 127 Sur - 61 Oficina 803
PBX: +57-604-448-9232
RUT: 900.444.737-1

Nombre : JARAMILLO MARTINEZ PABLO ANDRES
Identificación : 1,038,117,910
Centro de Costos : LA MARIA VIH 131 - PRINCIPAL
Cuenta : 0899067698 - Ahorros BBVA COLOMBIA
Periodo : NOVIEMBRE 01/2023 - NOVIEMBRE 30/2023
Fecha Impresión : NOVIEMBRE 30/2023
Proceso : GERENCIA DE LA INFORMACION

Devengados	Cant	Valor	Deducciones	Valor
Basico Diurnas	192	2,520,000	Cuota Sindical	50,400
Auxilio		2,232,000	Salud	100,800
			Pensión	100,800
			Costo De Transferencia	30,000

Cons. 11/12/2023

Devengados: 4,752,000.00 Deducciones: 282,000.00 Neto: \$4,470,000.00

12/12/2023 - 12:52:42
Buzón: jaramillo.pablo73@gmail.com-

Solicita tu certificado

Verifica tu pago

Solicita tu descanso

Solicita tu compensación
por vacaciones

Solicita tu pensión



Carrera 50 N° 127 Sur - 61 Oficina 803
PBX: +57-604-448-9232
RUT: 900.444.737-1

Nombre : JARAMILLO MARTINEZ PABLO ANDRES
Identificación : 1,038,117,910
Centro de Costos : LA MARIA VIH 131 - PRINCIPAL
Cuenta : 0899067698 - Ahorros BBVA COLOMBIA
Periodo : DICIEMBRE 01/2023 - DICIEMBRE 31/2023
Fecha Impresión : DICIEMBRE 31/2023
Proceso : GERENCIA DE LA INFORMACION

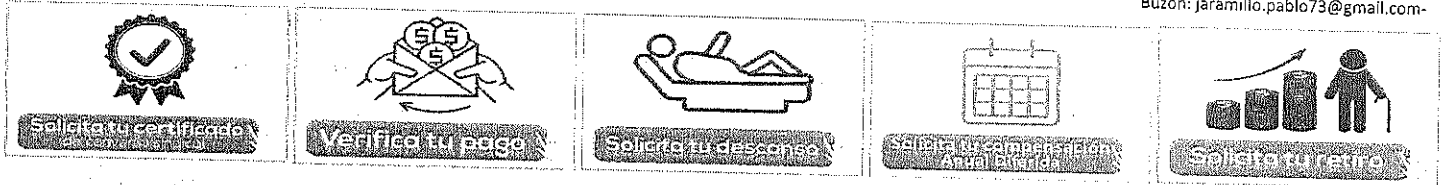
1276

Devengados	Cant	Valor	Deducciones	Valor
Basico Diurnas	142	1,863,750	Cuota Sindical	37,275
Auxilio		1,650,750	Salud	74,550
			Pensión	74,550
			Costo De Transferencia	30,000

Cons. 17/01/2024

Devengados: 3,514,500.00 Deducciones: 216,375.00 Neto: \$3,298,125.00
Neto en letras: - tres millones doscientos noventa y ocho mil ciento veinticinco pesos -----

18/1/2024 - 07:11:35
Buzón: jaramillo.pablo73@gmail.com-





Carrera 50 N° 127 Sur - 61 Oficina 803
PBX: +57-604-448-9232
RUT: 900.444.737-1

Nombre : JARAMILLO MARTINEZ PABLO ANDRES
Identificación : 1,038,117,910
Centro de Costos : LA MARIA VIH
Cuenta : 0899067698 - Ahorros BEVA COLOMBIA
Periodo : ENERO 01/2024 - ENERO 31/2024
Fecha Impresión : ENERO 31/2024
Proceso : GERENCIA DE LA INFORMACION

1269

Devengados	Cant	Valor	Deducciones	Valor
Basico Diurnas	195	2,744,625	Cuota Sindical	54,893
Auxilio		2,430,870	Salud	109,785
Rendimiento Anual		43,838	Pensión	109,785
			Costo De Transferencia	30,000

Cons. 09/02/2024

Devengados:

5,219,333.00

Deducciones:

304,463.00 Neto:

\$4,914,870.00

Neto en letras: - cuatro millones novecientos catorce mil ochocientos setenta pesos

12/2/2024 - 06:02:19

Buzón: jaramillo.pablo73@gmail.com-



Solicita tu certificado



Verifica tu pago



Solicita tu descanso



Solicita tu compensación
Anual/Quincena



Solicita tu retiro

Consecutivo	Fecha atención	Edad	Sede	Empresa	Entidad/IPS que remite
2951294	22/01/2024 9:16:34	31 años	10. Bello-Niquia	EPS SURA	CIS COMFAMA SAN IGNACIO

EVOLUCIÓN

Evolución: "CONTROL POSTOPERATORIO" PACIENTE MASCULINO DE 31 AÑOS DE EDAD, CURSANDO POSTOPERATORIO DEL 14-12-2023 DE RECONSTRUCCION DE LCA DE RODILLA DERECHA. ACUDE A CONTROL POSTOPERATORIO. S: REFIERE BUEN MANEJO DEL DOLOR, NIEGA FIEBRE. O: RODILLA FRIA, SECA, HERIDA QUIRURGICA, PORTALES CICATRIZADOS. LACHMAN NEGATIVO, TOPE NEG Y CORTO. RANGO DE MOVILIDAD: 0-90°
Historial Farmacológico: Paracetólicos:

EXAMEN FISICO

Inspección general: BUENAS CONDICIONES GENERALES Escala de dolor : 4/10 Neurológico: No evaluado Cabeza y cuello: No evaluado
Cardiopulmonar: No evaluado Organos de los sentidos: No evaluado Gastrointestinal: No evaluado Osteomuscular: No evaluado Genitourinario:
No evaluado Piel: No evaluado

CONCEPTO

DIAGNÓSTICOS DEL PACIENTE

FECHA/HORA DIAGNÓSTICO		TIPO DIAGNÓSTICO			PRIMARIO OBSERVACIONES
22/01/2024 9:16:00	Z988 - Otros estados postquirurgicos especificados	Confirmado nuevo	Secundario		
22/01/2024 9:16:00	S835 - Esguinces y torceduras que comprometen el ligamento cruzado (anterior) (posterior) de la rodilla	Confirmado repetido	Secundario		

Concepto / Plan: PACIENTE DE 31 AÑOS DE EDAD, CURSANDO POSTOPERATORIO FAVORABLE DE RECONSTRUCCION DE LCA. ACTUALMENTE AFEBRIL, BUEN MANEJO DEL DOLOR, INDICO EJERCICIOS ISOMETRICOS, CRIOTERAPIA Y TERAPIA FISICA. PLAN: TERAPIA FISICA 20 SESIONES YA LAS TIENE APOYO PARCIAL CON MULETAS CRIOTERAPIA 3-4 VECES AL DIA POR 15 A 20 MINUTOS EJERCICIOS ISOMETRICOS Y FORTALECIMIENTO CUADRICEPS CONTROL DR MENDOZA EN 3 SEMANAS RECOMENDACIONES Y PAUTAS DE ALARMA Formula Medica SI/No: No formula Requiere Intervencionismo Analgésico SI/No: No requiere

RIPS

Tipo de RIPS: Archivo de consulta (AC) Causa externa: Enfermedad general

Profesional de la salud responsable de la plantilla: Carlos Omar Mendoza Puello - Especialista en Ortopedia y Traumatología, Modulo Rodilla Reg 1044913245 No. Reg: 22/01/2024 9:25:48

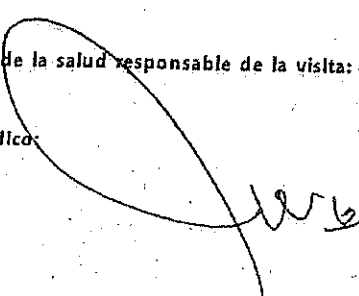
Órdenes ambulatorias

ÓRDENES
CONTROL MODULO DE RODILLA EN 1 MES

Profesional de la salud responsable de la plantilla: Carlos Omar Mendoza Puello - Especialista en Ortopedia y Traumatología, Modulo Rodilla Reg 1044913245 No. Reg: 22/01/2024 9:25:48

Profesional de la salud responsable de la visita: Carlos Omar Mendoza Puello - Especialista en Ortopedia y Traumatología, Modulo Rodilla Reg 1044913245

Registro médico:

Firma: 

Consecutivo	Fecha atención	Edad	Sede	Empresa	Entidad/IPS que remite
2951336	22/01/2024 9:28:14	31 años	10. Bello-Niquia	EPS SURA	CIS COMFAMA SAN IGNACIO

ORDEN DE INCAPACIDAD

Fecha: 27/01/2024

Diagnósticos:

Causa Incapacidad: General

Fecha Inicio: domingo, 28 de enero de 2024 Número Días: 30 Fecha Fin: lunes, 26 de febrero de 2024

Tipo de Incapacidad: Enfermedad general

Prórroga: Si

SOAT: No

Observaciones: postoperatorio

Profesional de la salud responsable de la plantilla: Carlos Omar Mendoza Puello - Especialista en Ortopedia y Traumatología, Modulo Rodilla Reg 1044913245 No. Reg: 22/01/2024 9:28:56

Profesional de la salud responsable de la visita: Carlos Omar Mendoza Puello - Especialista en Ortopedia y Traumatología, Modulo Rodilla Reg 1044913245

Registro médico:

Firma:

Dr. Carlos Omar Mendoza Puello
C.C. 1044913245
Reg. 1044913245
Instituto Colombiano del Dolor
Ortopedia y Traumatología
Módulo Rodilla

Caldas, 14 de marzo de 2024

C. 15197

Señor

JARAMILLO MARTINEZ PABLO ANDRES

Afiliado Partícipe Sindicato ProSalud

Id. 1,038,117,910

ASUNTO: Terminación Convenio de Ejecución Sindical el marzo 14 de 2024.

A través del presente escrito me permito comunicarle que el día marzo 14 de 2024 se da por terminado el **CONVENIO DE EJECUCIÓN SINDICAL** que se suscribió entre las partes, en el cual usted desarrollaría actividades en el proceso de **GERENCIA DE LA INFORMACION**, a través del **CONTRATO SINDICAL** que suscribieron la **E.S.E. Hospital La María - Medellín (Ant)** y el **Sindicato de Profesionales de la Salud – ProSalud** y que finaliza en la fecha indicada.

De antemano le agradecemos su participación.

Atentamente,

Jorge Fredy Zapata Z.

JORGE FREDY ZAPATA ZULUAGA

Departamento Jurídico.

Digito: jppp

cc: jaramillo.pablo@prosalud.com

RUT: 900.444.737-1

FBX: 604 448 9232

www.sindicatoproasalud.com

Carrera 50 N° 127 Sur 61 - Of. 803 / Caldas (Ant)

Caldas, 16 de abril de 2024

A quien corresponda.

CERTIFICADO CONVENIO DE EJECUCION SINDICAL

El Sindicato de Profesionales de la Salud (ProSalud) RUT. 900.444.737 - 1, certifica que el señor **JARAMILLO MARTINEZ PABLO ANDRES**, identificado con documento de identidad 1,038,117,910, estuvo afiliado al Sindicato, a través de un **Convenio de Ejecución Sindical**, el cual desarrolló en la **E.S.E. Hospital La María - Medellín (Ant)**, con el programa VIH.

En calidad de afiliado participe atendió procesos de **GERENCIA DE LA INFORMACION**. La compensación básica a recibir por el desarrollo de actividades de este proceso será de: **BASICA HORA \$14,075; AUXILIO DE MANUTENCION \$12,466**

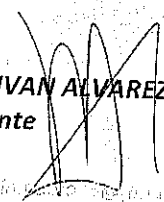
CONVENIOS

Ha participado en los siguientes convenios:

- ❖ E.S.E. Hospital La María, desde nov. 02/2023 hasta dic. 31/2023
- ❖ E.S.E. Hospital La María, desde ene. 01/2024 hasta mar. 14/2024

Este certificado de convenio se expide por solicitud del interesado a los 16 días del mes de abril de 2024.

Atentamente,


JORGE IVAN ALVAREZ SOTO
Presidente

Consecutivo 15572



FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1992

CAUCASIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

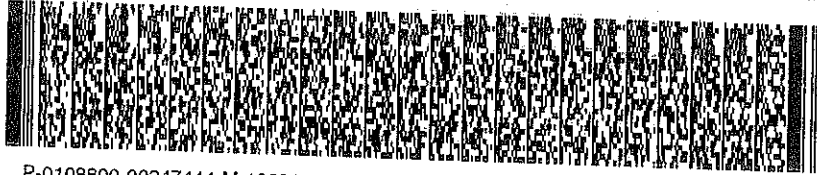
11-MAY-2010 CAUCASIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-0108800-00247444-M-1038117910-20100801

0023170243A 1

34097934

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.038.117.910

JARAMILLO MARTINEZ

APELLIDOS

PABLO ANDRES

NOMBRES

Pablo Andres Jaramillo

FIRMA

