

**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR  
SECRETARÍA GENERAL**

**TRASLADO DE EXCEPCIONES –CONTESTACION DE LA  
DEMANDA**

**Art.175 C.P.A.C.A.**

**HORA: 8:00 a.m.**

**VIERNES 15 DE AGOSTO DE 2014**

**MEDIO DE CONTROL: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO**

**MAGISTRADO: DR. JOSE ASCENSION FERNANDEZ OSORIO**

**RADICADO: 13001-23-33-000-2013-00807-00**

**DEMANDANTE: CRISTINA PADILLA HERRERA**

**DEMANDADO: ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ DE SAN  
ESTANISLAO DE KOTSKA**

En la fecha se corre traslado por el término legal de tres (03) días a la parte demandante del escrito de contestación y del escrito de excepciones, presentados por el apoderado de la ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ DE SAN ESTANISLAO DE KOTSKA, visibles a folios 51 a 74 del expediente.

**EMPIEZA EL TRASLADO: 15 DE AGOSTO DE 2014, A LAS 8:00 A.M.**



**JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS**  
Secretario General

**VENCE EL TRASLADO: 20 DE AGOSTO DE 2014, A LAS 5:00 P.M.**

**JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS**  
Secretario General

**WILLINGTON RAFAEL ROMERO ZAMORA****ABOGADO**

Cel.: 311-4272887

Señor

**TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMISNITRATIVO DE BOLIVAR.**

E.S.D.

**MEDIO DE CONTROL: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO.****MAGISTRADO: DR. JOSE FERNANDEZ OSOSRIO.****DEMANDADO: ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ****DEMANDADNTE: CRISTINA PADILLA HERRERA****RADICADO: 13001- 23-33-000-2013-00807-00.**

**WILLINGTON RAFAEL ROMERO ZAMORA**, mayor de edad, domiciliado en Soplaviento – Bolívar, abogado en ejercicio, identificado con la cedula de ciudadanía número 19.896.414 expedida en el Municipio de Soplaviento – Bolívar, portador de la tarjeta profesional número 95.790 del Concejo Superior de la Judicatura; actuando como apoderado judicial de la **ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ DE SAN ESTANISLAO DE KOSTKA - BOLIVAR**, con domicilio en el Barrio el Carmen carrera 40 No 23-68 del Municipio de San Estanislao – Bolívar Representada Legalmente por su Gerente el Doctor **HERNAN DARIO VEGA DOMINGUEZ**, también mayor de edad y domiciliado en el Municipio de San Estanislao de Kostka Bolívar, quien en uso de sus facultades como Gerente me ha otorgado poder para Contestar y llevar hasta su culminación la Presente proceso **MEDIO DE CONTROL de NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO**, que se tramita en este despacho bajo el radicado No **13001- 23-33-000-2013-00807-00.**, en contra de la **ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ DE SAN ESTANISLAO DE KOSTKA - BOLIVAR**, la cual se contesta estando dentro de los términos para hacerlo, de la siguiente manera:

**EN CUANTO A LAS PRETENSIONES**

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, toda vez que a la Dr **CRISTINA PADILLA HERRERA**, se le expidió la Resolución No 125 del 14 de octubre del 2009, donde se reconoce y ordena el pago de sus cesantías, ya que estas estaban consignadas en el fondo de pensiones y cesantías COLFONDOS S.A.

Se tiene conocimiento que la Dra. **CRISTINA PADILLA HERRERA**, presto sus servicios en la como **MEDICO S.S.O.** por los actos administrativos Resolución No 044 del 13 de abril del 2009, por el cual se le realizo el nombramiento, Resolución No 124 del 13 de octubre del 2009, por el cual se da por cumplido el periodo del servicio social obligatorio, y la Resolución No 125 de Octubre 14 de 2009, por medio del cual se reconoce y ordena el pago de las cesantías, pero en su hoja de vida aparece el acta de posesión firmada por el Gerente de ese entonces, pero sin la firma de la Dr. **CRISTINA PADILLA HERRERA**, lo que nos hace inferir que la Dra **CRISTINA PADILLA HERRERA** no se posesiono en su momento, y en la demanda tampoco aporta el acta de posesión.

Por lo anterior no es posible condenar a la **ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ**, AL PAGO DE cesantías, indemnización moratoria por el no pago de cesantías, indemnización consagrada en el art 65 del C.S.T.

**EN CUANTO A LOS HECHOS**

**DEL PRIMER al CUARTO HECHO: ES PARCIALMENTE CIERTO**, la Dra. **CRISTINA PADILLA HERRERA**, fue nombrada a través de la Resolución No 044 del 13 de abril del 2009, pero en su hoja de vida aparece el acta de posesión firmada por el Gerente de ese entonces **GUILLERMO JIMENEZ VALENCIA**, pero sin la firma de la Dra. **CRISTINA PADILLA HERRERA**.

**DEL QUINTO AL NOVENO HECHO : ES PARCIALMENTE CIERTO**, a la Dr **CRISTINA PADILLA HERRERA**, se le expidió la Resolución No 125 de Octubre 14 de 2009, por medio del cual se reconoce y ordena el pago de las cesantías, estas cesantías están consignadas en el fondo de cesantías Colfondos, en el caso en que la demandante no las haya retirado, en cuanto a los valores adeudados, se procedió hacer la liquidación y solo se le adeudan \$8 733 951 por concepto de salarios y prestaciones. con esto queda



# WILLINGTON RAFAEL ROMERO ZAMORA

**ABOGADO**

Cel.: 311-4272887

demostrado que la entidad al momento de salir la demandante, le expidió los actos administrativos correspondientes para dar respuesta a su solicitud, los pagos de sus salarios no se efectuaron en su momento debido a la difícil situación económica por la que atraviesa esta entidad, actualmente la ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ, está en un proceso de saneamiento contable.

### FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundo la presente contestación de la Demanda de Medio de Control de Nulidad y Restablecimiento del Derecho, en lo establecido en el artículo 175 y ss de la ley 1437 de 2011 y demás normas concordantes en la materia.

### RAZONES DE NEGACION

Las Razones de Derecho de la contestación de la presente demanda se fundamenta en que lo que se busca es el proceso MEDIO DE CONTROL DE NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO, es que la entidad reconozca y ordene el pago de los valores adeudados a la señora **CRISTINA PADILLA HERRERA**, valores que nunca han sido desconocidos por parte de la ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ, todo lo contrario, esta entidad expidió la Resolución No 125 de Octubre 14 de 2009, por medio del cual se reconoce y ordena el pago de las cesantías a la Dra **CRISTINA PADILLA HERRERA**, y estas cesantías están consignadas en el fondo de cesantías Colfondos, en el caso en que la demandante no las haya retirado, en cuanto a los salarios y demás prestaciones no se le han negado, y la entidad está dispuesta a llegar a un acuerdo de pago con la demandante sobre los valores adeudados.

### PRUEBAS

Téngase como pruebas los documentos existentes en el presente proceso, poder para actuar, acta de posesión y decreto de nombramiento del Gerente, copia de la hoja de vida de la Dr **CRISTINA PADILLA HERRERA**, liquidación realizada por el contador de la ESE.

### ANEXOS

Me permito anexar los documentos relacionados en el capítulo de pruebas, poder a mi conferido para actuar.

### NOTIFICACIONES

EL demandante en la dirección que aparece en la demanda.  
La parte demandada en el barrio el Carmen Kra 40 No 23-68 de San Estanislao – Bolívar..  
El suscrito en la calle 16 No 27 – 18 de San Estanislao – Bolívar, correo electrónico [willyromeroZ10@hotmail.com](mailto:willyromeroZ10@hotmail.com)

Respetuosamente,

**WILLINGTON RAFAEL ROMERO ZAMORA**  
CC. No 19.896.414 de Soplaviento – Bolíva  
T.P. No 95.790 del C.S.J.

SECRETARIA TRIBUNAL ADM  
TIPO: CONTESTACION DE LA DEMANDA    FECHA: 1/08/2014 1  
REMITENTE: ROSANA PINO  
DESTINATARIO: JOSE FERNANDEZ OSORIO  
CONSECUTIVO: 20140804616  
Nº FOLIOS: 24  
Nº CUADERNOS: 24  
RECIBIDO POR: SECRETARIA TRIBUNAL ADM  
FECHA Y HORA DE IMPRESION: 1/08/2014 10:39:19 AM

FIRMA:



# HAMMER

**E.S.E. HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ**

NIT. 806.007.238 - 1

SAN ESTANISLAO DE KOSTKA - BOLIVAR Barrio El Carmen, Kr 40 # 23-68

Señor  
TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMISNITRATIVO DE BOLIVAR.  
E.S.D.

**MEDIO DE CONTROL: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO.**  
**MAGISTRADO: DR. JOSE FERNANDEZ OSOSRIO.**  
**DEMANDADO: ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ**  
**DEMANDADNTE: CRISTINA PADILLA HERRERA**  
**RADICADO: 13001- 23-33-000-2013-00807-00.**

**HERNAN DARIO VEGA DOMINGUEZ**, mayor identificado con la cedula de ciudadanía número 7.960.396 expedida en San Estanislao – Bolívar, actuando en calidad de Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ DE SAN ESTANISLAO – BOLIVAR**, de acuerdo al acta de posesión de fecha 4 de Abril del año 2012 que adjunto al presente escrito el cual hace parte integrar del mismo, respetuosamente me dirijo a este despacho a través del presente escrito para manifestar que confiero poder especial, amplio y suficiente en cuanto a derecho se refiere al **Dr. WILLINGTON RAFAEL ROMERO ZAMORA**, identificado con la cedula de ciudadanía número 19.896.414 expedida en el Municipio de Soplaviento – Bolívar, portador de la tarjeta profesional número 95.790 del Concejo Superior de la Judicatura, para que actúe en nombre y representación de la **ESE HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ DE SAN ESTANISLAO – BOLIVAR.**, y lleve hasta su culminación el proceso de la referencia.

Mi apoderado queda facultada para recibir, transigir, conciliar, desistir, sustituir, reasumir, solicitar copias y todas aquellas facultades inherentes al ejercicio profesional en beneficio de nuestros interese.

Relevo a mi apoderado de costas, gastos y multas de toda índole.


Sírvase señor juez, reconocer personería jurídica a la **Dr. WILLINGTON RAFAEL ROMERO ZAMORA**, en igual forma renuncio a los términos de ejecutorias del auto que admite este poder.

Atentamente

  
**HERNAN DARIO VEGA DOMINGUEZ**  
C.C. 7.960.396 expedida en San Estanislao – Bolívar



Acepto

  
**WILLINGTON RAFAEL ROMERO ZAMORA**  
CC. No 19.896.414 de Soplaviento – Bolíva  
T.P. No 95.790 del C.S.J.

Notaria Quinta del Circulo de Cartagena  
**ELITH I. ZUÑIGA PEREZ**  
 Diligencia de Presentacion Personal y Reconocimiento con Huella  
 Ante la Notaria Quinta del Circulo de Cartagena compareció  
**HERNAN DARIO VEGA DOMINGUEZ**  
 Identificado con C C 7960396  
 y declaró que la firma y huella que aparecen en este documento son suyas y el contenido del mismo es cierto.  
 Cartagena:2014-07-23 11:50   
 Declarante:  -1497100916

11



**LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES**

|  |   |
|--|---|
| EMPRESA: E.S.E. HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ | SECCION: VINA : ASISTENCIAL - MEDICO DEL S.       |
| NOMBRE: CRISTINA JUDITH HERRERA PADILLA            | CEDULA No. 1,032,366,272                          |
| FECHA INGRESO: 13 DE ABRIL DE 2009                 | SALARIO BASICO: 63,260                            |
| FECHA RETIRO: 13 DE OCTUBRE DE 2009                | SALARIO BASE LIQUIDACION: 63,260                  |
| TIEMPO TRABAJADO: 180 DIAS LABORADOS               | MOTIVO DEL RETIRO: <b>TERMINACION DE CONTRATO</b> |

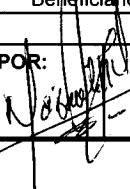
| PRESTACIONES SOCIALES Y SALARIOS                  | VALOR            | CODIGO - DEBITO |
|---|------------------|-----------------|
| CESANTIAS   | -                |                 |
| INTERESES CESANTIAS                               | -                |                 |
| PRIMA   | 1,423,357        |                 |
| VACACIONES  | 1,043,795        |                 |
| SALARIOS  | 6,266,799        |                 |
| AJUSTES   | -                |                 |
| SUBSIDIO FAMILIAR                                 | -                |                 |
| BONIFICACIONES                                    | -                |                 |
| DERECHOS INCIERTOS CONVENIDOS                     | -                |                 |
| OTROS   | -                |                 |
| <b>TOTAL BENEFICIOS SOCIALES Y COMPENSACIONES</b> | <b>8,733,951</b> |                 |

| DEDUCCIONES              | VALOR            | CODIGO - CREDITO |
|--------------------------|------------------|------------------|
| SEGURIDAD SOCIAL         | -                |                  |
| EMBARGOS                 | -                |                  |
| SERVICIO FUNERARIO       | -                |                  |
| PRESTAMOS                | -                |                  |
| PRESTAMOS CON LIBRANZA   | -                |                  |
| OTROS                    | -                |                  |
| <b>TOTAL DEDUCCIONES</b> | <b>-</b>         |                  |
| <b>NETO A PAGAR</b>      | <b>8,733,951</b> |                  |

HABIENDO ENCONTRADO CORRECTA LA LIQUIDACION ANTERIOR, DECLARO QUE LA EMPRESA SE ENCUENTRA A PAZ Y SALVO CONMIGO POR CONCEPTO DE SUELDOS, SOBRETIEMPOS, DOMINICALES, DIAS FERIADOS, CESANTIAS, VACACIONES, INTERESES DE CESANTIA, PRIMAS DE SERVICIO, INDEMNIZACIONES, AUXILIOS DE ENFERMEDAD Y TODA CLASE DE PRESTACIONES SOCIALES QUE ME CONCEDE LA LEY.

ADEMAS, DEJO EXPRESA CONSTANCIA QUE AL MOMENTO DE MI RETIRO, NO PADEZCO NINGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL COMO CONSECUENCIA DEL SERVICIO PRESTADO, LA CUAL PUEDA LIMITAR MI CAPACIDAD NORMAL DE TRABAJO, EN VIRTUD RENUNCIO AL EXAMEN MEDICO DE RETIRO.

EN CONSECUENCIA DE LO ANTERIOR, FIRMO LA PRESENTE LIQUIDACION, EL DIA **10/07/2014**

|   |                      |
|---|----------------------|
| ORIGINAL: Folder Pesonal  | EL TRABAJADOR:       |
| COPIA 1: Comprobante de pago  | C.C. DE              |
| COPIA 2: Beneficiario   | C.C. DE              |
| <b>ELABORADO POR:</b>  | <b>REVISADO POR:</b> |
|   | <b>TESTIGO:</b>      |
|   | C.C. DE              |



RESOLUCION No 125  
(Octubre 14 del 2009)

POR EL CUAL SE RECONOCE Y SE ORDENA EL PAGO DE UNAS CESANTIAS DEFINITIVAS A UN EX FUNCIONARIO.

EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ DE SAN ESTANISLAO DE KOSTKA BOLIVAR  
Y

CONSIDERANDO:

Que la señorita **CRISTINA PADILLA HERERA**, identificada con la cédula de ciudadanía No 1.032.366.272, ha presentado solicitud para que la Empresa social del Estado del Hospital Local Ana María Rodríguez de San Estanislao de Kostka Bolívar, le reconozca y pague la liquidación de Cesantías Definitivas.

Que la señorita **CRISTINA PADILLA HERERA**, de acuerdo a los requisitos exigidos por el Decreto 088/91, presento los documentos para los fines pertinentes.

Que una vez revisada la hoja de vida de la señorita **CRISTINA PADILLA HERERA**, se pudo constatar que fue nombrada en el cargo de **MÉDICO S.S.O.**

Que teniendo en cuenta las cesantías de la señorita **CRISTINA PADILLA HERERA**, se aprobó para su reconocimiento la suma de **UN MILLÓN CINCO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS (\$1.005.838.00) M/CTE.**

Que por todo lo anterior,

RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Reconózcase y Ordénese el pago de las Cesantías definitivas, al exfuncionario la señorita **CRISTINA PADILLA HERERA**, identificada con la cédula de ciudadanía No 1.032.366.272, la suma de **UN MILLÓN CINCO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS (\$1.005.838.00) M/CTE.**

**PARAGRAFO:** El pago de la erogación mencionada se realizara a través del fondo de Pensiones y Cesantías **COLFONDOS S.A.** Quien se encargara del pago respectivo en cumplimiento del convenio celebrado por la Entidad.

ESE HOSPITAL LOCAL  
ANA Ma. RODRIGUEZ  
...CON VALOR Y VALORES



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRÍGUEZ  
NIT. 806.007.238 - 1  
SAN ESTANISLAO DE KOSTKA - BOLIVAR  
Barrio El Carmen, Kr 40 # 23-68



EL SUSCRITO SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL LOCAL ANA MARÍA RODRÍGUEZ DE SAN ESTANISLAO DE  
KOSTKA, BOLÍVAR

**CERTIFICA,**

Que la Doctora **CRISTINA JUDITH PADILLA HERRERA**, identificada con cédula de ciudadanía **1.032.366.272** Expedida en Bogotá, Cundinamarca; cumplió con el tiempo estipulado por esta entidad de 6 meses en la prestación de sus servicios como **MÉDICO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**, en la Empresa Social del Estado Hospital Local Ana María Rodríguez del municipio de San Estanislao de Kostka, Bolívar; durante el periodo comprendido del trece (13) de Abril del año 2009 hasta el Trece (13) de Octubre del 2009, periodo para el cual fue nombrado, según resolución de nombramiento No **044** del trece (13) de Abril del año 2009; devengó una asignación básica mensual de **UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS M/CTE (\$1.897.808.00)**.

Se expide la presente certificación a los 13 días del mes de Octubre de 2009.

**ENRIQUE NICOLÁS BRIEVA JURADO**  
SUBGERENTE




**LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA SOCIAL  
DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ANA AMARIA RODRIGUEZ DE SAN  
ESTANISLAO DE KOSTKA, BOLVIAR**

**CERTIFICA:**

Que la Doctora: **CRISTINA JUDITH HERRERA PADILLA**, Mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.032.366.272 expedida en Bogotá, Cundinamarca; laboró en la Empresa Social del Estado Hospital Local Ana María Rodríguez de San Estanislao de Kostka, Bolívar; como **MEDICO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**, durante el periodo comprendido desde el Trece (13) de Abril de 2009 hasta el Trece (13) de Octubre de 2009, devengando una asignación básica mensual de: **UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS M/L (\$1.897.808.00)**, cumpliendo con todas las Responsabilidades y Obligaciones Asignadas.

Para mayor constancia se firma en el Municipio de San Estanislao de Kostka, Bolívar; a los Veinticinco (25) días del mes de Enero de 2010, a petición del interesado.

  
*GINNETTE BARCASNEGRAS BELEÑO*  
-----  
**GINNETTE BARCASNEGRAS BELEÑO**  
**SUBGERENTE ADMINISTRATIVA**

*Recibido 25-01-10*  
*[Signature]*  
*[Signature]*



RESOLUCIÓN No 124  
(13 de Octubre de 2009)

POR MEDIO DE LA CUAL A UN MÉDICO SE LE DA POR CUMPLIDO EL  
PERIODO DE SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

EL GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL ANA MARÍA RODRÍGUEZ DE  
SAN ESTANISLAO DE KOSTKA-BOLÍVAR, EN USO DE SUS FACULTADES  
LEGALES Y ESTATUTARIAS.

CONSIDERANDO

Que por disposición legal, en los municipios de orden público alterado o de difícil acceso, el tiempo estipulado para el cumplimiento del servicio social obligatorio en instituciones prestadoras de salud es de seis (06) Meses, periodo comprendido del trece (13) de Abril del año 2009 hasta el Trece (13) de Octubre del 2009, periodo para el cual fue nombrado.

Que la doctora CRISTINA JUDITH PADILLA HERRERA, identificada con cédula de ciudadanía 1.032.366.272 Expedida en Bogotá, Cundinamarca; reunió todos los requisitos exigidos por la E.S.E Hospital Local Ana María Rodríguez.

Que en virtud de lo expuesto.

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Dar por cumplido el periodo del cargo de MÉDICO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO, a la doctora CRISTINA JUDITH PADILLA HERRERA, identificada con cédula de ciudadanía 1.032.366.272 Expedida en Bogotá, Cundinamarca; para el cual fue nombrada.

ARTÍCULO SEGUNDO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en san Estanislao de Kostka a los 13 Días del mes de Octubre 2009.

  
\_\_\_\_\_  
GUILLERMO ELIÉCER JIMÉNEZ VALENCIA  
Gerente

  
ELABORÓ: ENRIQUE BRIEVA JURADO

JUSTIFICACION POR AUSENCIA

E.S.E

HOSPITAL ANA MARIA RODRIGUEZ

DR ENRIQUE BRIEVA

Subgerente

Ciudad

Inasistencia día julio 24 de 2009

Cristina Judith Padilla / Medico Rural

No de registro: 1'032.366.272

Por medio de la presente manifiesto a quien corresponda, que no he asistido al trabajo que desempeño en el E.S.E HOSPITAL ANA MARIA RODRIGUEZ, como médico rural o médico del servicio social obligatorio, debido a una justa causa, esto es, calamidad domestica, en razón de lo establecido en los decretos 2663 y 3743 de 1950, adoptados por la ley 141 de 1961, en su artículo 57 y demás, en el que se establece como una justa causa la calamidad domestica, como lo son las tragedias familiares que requieren de la presencia del trabajador, tales como la muerte o enfermedad grave de un familiar, catástrofe natural como inundación o incendio de la vivienda, así las cosas la muerte de un familiar muy cercano fue el evento a que se debió mi inasistencia, como queda demostrado con el registro de defunción que se anexa a la presente.

Atentamente;

Folios: 1

Anexo(s):1 certificado de defunción

República de Colombia  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales y están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Art.5º

CONFIDENCIAL

(Consulte instrucciones al respaldo)

Nº A 2678188

I. INFORMACION GENERAL

1. TIPO DE DEFUNCIÓN: Muerte fetal: 1  Si 2  No

2. FECHA DE DEFUNCIÓN: Año 2009 Mes 01 Día 24

3. HORA DE DEFUNCIÓN: Hora 07 Minutos 03 AM  PM  Sin establecer

4. SEXO: 1  Masculino 2  Femenino 3  Indeterminado

5. LUGAR DE DEFUNCIÓN: Departamento Quindío Municipio Sumbato

6. ÁREA DE DEFUNCIÓN: 1  Cabecera municipal 2  Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío) 3  Rural disperso

7. SITIO DE DEFUNCIÓN: 1  Hospital/clínica 2  Centro/puesto de salud 3  Casa/domicilio 4  Lugar de trabajo 5  Vía pública 6  Otro 9  Sin inf.

Nombre Institución: Hosp. San Francisco de Asís

8. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO: Ortiz GARCIA Luz María

9. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: Si la muerte es fetal pase a la pregunta 14

10. FECHA DE NACIMIENTO: Año 1953 Mes 06 Día 07

11. EL FALLECIDO ERA: 1  Soltero 2  Casado 3  Viudo 4  En unión libre 5  Separado/divorciado 9  Sin información

12. EDAD: 1 Menor de un día (horas) 2 Menor de un mes (días) 3 Menor de 2 años (meses) 4 De 2 o más años (años cumplidos) 56

13. NIVEL EDUCATIVO: 1  Preescolar 2  Primaria completa 3  Primaria incompleta 4  Secundaria completa 5  Secundaria incompleta 6  Universitaria completa 7  Universitaria incompleta 8  Ninguno 9  Sin información

14. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL (para la muerte fetal o de menor de 2 años de la madre): 1  Contributivo 2  Particular 3  Subsidiario 4  Otro 5  Vinculada 6  Ignorada

15. EL LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL (para la muerte fetal o de menor de 2 años de la madre): País Colombia Departamento Quindío Municipio Quindío

16. ÁREA DE RESIDENCIA (para la muerte fetal o de menor de 2 años de la madre): 1  Cabecera municipal Barrio La Yagüenza Dirección Calle 20 de Abril Vereda Vereda Sector Sector Código Código

17. PROBABLE MANERA DE MUERTE: 1  Natural 2  Violencia 3  En estudio

18. CERTIFICADO EXPEDIDO POR: 1  Médico tratante 2  Médico no tratante 3  Médico legista 4  Personal de salud autorizado

NOMBRE DE QUIEN EXPIDE EL CERTIFICADO (en letra imprenta): Leibelian Edgardo Gutiérrez Rivas

Dirección y teléfono: Calle 7ª N° 31-25 B / Fuenfrijoles 677660

Firma y No. de tarjeta profesional del registro: [Firma] No. 2678188

DESPRENDIBLE PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

de patrimonio de la Dirección de División, Mercados y Cultura Estadística del DANE. T. de junio de 2004. Form DANE G. 640

Aires -  
Copia - Cliente

Nombre: HERRERA/CRISTINA VZWPLW  
Puerta @ 12:15pm Silla 8B

27 JUL 09 Seq# 19 Vuelo: 8223

Salida: Quibdo 12:45pm  
Llega: Bogota 01:45pm



Vuela directo a Bogotá  
Boeing 737

Barranquilla - Santa Marta -  
Cartagena - San Andres -  
Cali - Medellín y ahora Bucaramanga  
y Montería

Compra en  
[www.aires.aero](http://www.aires.aero)

NIT 890.704.196-6



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| PRIMER APELLIDO<br><u>Padilla</u>   |  | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )<br><u>Herrera</u> |  | NOMBRES<br><u>Cristina Judith</u>  |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1032366272</u>             |  |  | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>   | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____  |  |  |  |  |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <u>18</u> MES <u>07</u> AÑO <u>1986</u><br>PAÍS <u>Colombia</u><br>DEPTO <u>Chocho</u><br>MUNICIPIO <u>Quindío</u> |  |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO _____<br>MUNICIPIO _____<br>TELÉFONO <u>313 371 8685</u> EMAIL <u>Casting86@hotmail</u> |  |  |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**  
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA |    |    |    |    |            |    |    |       |     | TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u> |           |             |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|-------|-----|---|-----------|-------------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO                              |           |             |
| 1o               | 2o | 3o | 4o | 5o | 6o         | 7o | 8o | 9o    | 10o | 11o   | MES       | AÑO         |
|                  |    |    |    | X  |            |    |    | X     |     | X   | <u>12</u> | <u>2003</u> |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
 TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
 ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),  
 RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |             | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|-------------|----------------------------|
|                     |                         | SI       | NO |  | MES         | AÑO         |                            |
| <u>UN</u>           | <u>12 (Dae)</u>         | <u>X</u> |    | <u>Medico y Cirujano general</u>         | <u>12</u>   | <u>2008</u> |                            |
|                     |                         |          |    |  |             |             |                            |
|                     |                         |          |    |  |             |             |                            |
|                     |                         |          |    |  |             |             |                            |

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

| IDIOMA        | LO HABLA |   |    | LO LEE |   |    | LO ESCRIBE |   |    |
|---------------|----------|---|----|--------|---|----|------------|---|----|
|               | R        | B | MB | R      | B | MB | R          | B | MB |
| <u>Inglés</u> |          |   |    |        | X |    |            |   |    |
|               |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

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

**3 EXPERIENCIA LABORAL**

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

| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                      |  |  |   |
|---|--|--|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br><i>E.S.E Ana María Rodríguez</i> | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/>   | PRIVADA<br><input type="checkbox"/>                  | PAÍS<br><i>Colombia</i>   |
| DEPARTAMENTO<br><i>Bolivar</i>                        | MUNICIPIO<br><i>San Estanislao de Kostka</i>   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |   |
| TELÉFONOS<br><i>6299126-6299126(095)</i>              | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <i>2009</i>          |  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <i>2009</i>          |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br><i>Medico Rural</i>        | DEPENDENCIA  | DIRECCIÓN<br><i>Vr 40 # 23-68<br/>Baño el carmen</i> |   |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                            |  |  |   |
| EMPRESA O ENTIDAD                                     | PÚBLICA  | PRIVADA  | PAÍS  |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |   |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO                                      | DEPENDENCIA  | DIRECCIÓN  |   |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                            |  |  |   |
| EMPRESA O ENTIDAD                                     | PÚBLICA  | PRIVADA  | PAÍS  |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |   |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO                                      | DEPENDENCIA  | DIRECCIÓN  |   |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                            |  |  |   |
| EMPRESA O ENTIDAD                                     | PÚBLICA  | PRIVADA  | PAÍS  |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |   |
| TELÉFONOS   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO                                      | DEPENDENCIA  | DIRECCIÓN  |   |

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

FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA

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

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

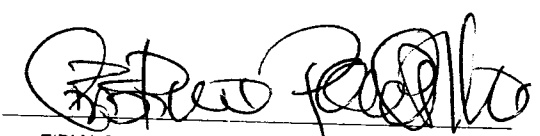
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 0                     | 0     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 0                     | 0     |

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



San Estanislao de Kostka, 23 de Junio de 2009

Señor:

Enrique Nicolás Brieva

Subgerente General

ESE Ana María Rodríguez

Cordial saludo,

La presente es con motivo de solicitar autorización para que me sea permitido alojarme en una de las habitaciones del hospital, a partir del 24 del mes presente y hasta la terminación del servicio social obligatorio en el mes de octubre. Agradezco la atención y colaboración prestada,

Att.

Recibi



Cristina Padilla Herrera

CC. 1032 366 272

### Certificacion de Productos y Servicios Recibidos

Fecha de Solicitud  
2009 / 04 / 24

Ciudad **Cartagena**      Codigo y Nombre Oficina **833 Cartagena Paseo La**      Jornada / Hora Atencion **D 11:10:08**

Tipo de Cuenta **AHORROS**      Numero Cuenta **833-73409-3**

#### PRODUCTOS/SERVICIOS RECIBIDOS

|   |   |
|---|---|
| Tarjeta Debito No. <b>6013-6700-3594-5544</b>     | Asignacion Clave Tarjeta Debito: <b>S</b>   |
| Libreta / Chequera No.                            | Scratch OFF: <input type="checkbox"/>   |
| Plegable de Seguridad: <input type="checkbox"/>   | Del No. <b>0</b> Al No. <b>0</b>  |
| Asociacion a Cuenta Matriz No. <b>833-70218-1</b> | Asignacion Clave Audiovillas: <b>S</b>  |
|   | Manejo de Huellas? SI <input type="checkbox"/> (1) NO <input checked="" type="checkbox"/> (2) |

#### INFORMACION TITULARES

| Nombres y Apellidos Titular                                       | Tipo de Documento | No. Documento Identificacion                 |
|---|-------------------|--|
| <b>CRISTINA JUDITH PADILLA HERRERA</b><br>*****<br>*****<br>***** | <b>C</b>          | <b>1032366272</b><br>*****<br>*****<br>***** |

#### REGLAMENTOS ASOCIADOS

Reglamento Cuenta de Ahorros (Version - 1)  
 Reglamento Puntos Por Todo y Programa de Referidos Puntos Por Todos (Version - 1)\*\*  
 Reglamento Clave Audiovillas (Version - 1)  
 Reglamento Tarjeta Debito (Version - 1)

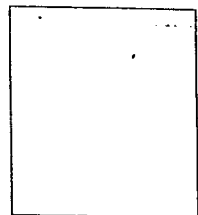
Declaro que: A) Recibi a satisfacci3n los productos y servicios relacionados que solicite al Banco; B) Que recibi el documento que contiene las condiciones, obligaciones y compromisos correspondientes a los mismos, asi como una copia de las condiciones en que el Banco otorga beneficios asociados a los productos y servicios que he contratado; C) Conozco y acepto tales condiciones, obligaciones y compromisos; D) Conozco y acepto los costos asociados a los servicios y productos que he contratado con el Banco, acepto pagar las tarifas correspondientes y autorizo debitar sus valores de mis dep3sitos.  
 Manifiesto que conozco que el reglamento del Programa de beneficios Puntos Por Todo y Programa de Referidos Puntos Por Todos se encuentran publicados en la pagina WEB del Banco AV Villas (www.bancoavillas.com.co), los cuales acepto y me comprometo a consultar de manera permanente. De acuerdo con este, bajo mi responsabilidad Banco AV Villas esta autorizado para suministrar a mi Referente, informaci3n relacionada con mis productos y transacciones que le generan puntos.  
 (1) Transacci3n Autorizada a trav3s de Validaci3n Biom3trica de la Huella del Cliente.  
 (2) Declaro que he sido informado sobre el bloqueo que presenta mi cuenta ya que la apertura de la misma fue realizada para entrega a domicilio y que dicho bloqueo ser3 levantado una vez el Banco reciba los documentos soporte de la apertura debidamente diligenciados y estos sean verificados. (Aplica 3nicamente para Personas Naturales).

FIRMA TITULAR  
No. Documento **1032366272**



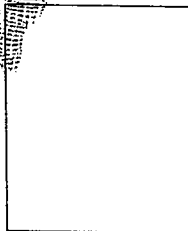
Huella

FIRMA TITULAR  
No. Documento



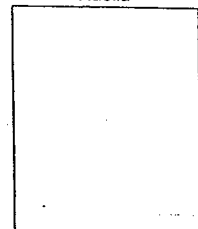
Huella

FIRMA TITULAR  
No. Documento



Huella

FIRMA TITULAR  
No. Documento



Huella



RESOLUCIÓN No 044  
(13 de Abril del 2009)

"POR MEDIO DE LA CUAL SE HACE UN NOMBRAMIENTO"

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ANA MARÍA RODRÍGUEZ DE SAN ESTANISLAO DE KOSTKA, BOLÍVAR; EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y ESTATUTARIAS Y

CONSIDERANDO:

Que existe un cargo de **MÉDICO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO** vacante y para la buena marcha de la prestación de servicios en el Hospital, se necesita proveerlo.

Que por disposición legal, en los Municipios de orden público alterado o de difícil acceso, el tiempo estipulado para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio en Instituciones Prestadoras de Salud, es de seis (6) meses.

Que la Gerencia de Hospital ha estudiado las hojas de vida que algunos profesionales de la salud han hecho llegar, las cuales están acompañadas de sus correspondientes soportes, y de ese estudio se ha seleccionado para desempeñar el cargo la hoja de vida de la licenciada **CRISTINA PADILLA HERRERA**

Que en virtud de lo anterior

RESUELVE

**ARTÍCULO PRIMERO:** Nómbrase a la licenciada **CRISTINA PADILLA HERRERA** identificada con la cédula de ciudadanía No 1.032.366.272 expedida en Bogotá, Cundinamarca; para desempeñar el cargo de **MÉDICO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO** de la Empresa Social del Estado Hospital Local Ana María Rodríguez, del municipio de San Estanislao de Kostka, con una asignación salarial mensual de **UN MILLÓN SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE (\$1.773.653.00)**,

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Concédase un periodo de cinco (5) días hábiles para su posesión.

*CON VALOR Y VALORES... ARENAL NECESITA MAS*



ARTÍCULO TERCERO: esta resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en San Estanislao de Kostka Bolívar, a los trece días (13) del mes de Abril del 2009.

  
\_\_\_\_\_  
GUILLERMO ELIÉCER JIMÉNEZ VALENCIA  
Gerente

  
\_\_\_\_\_  
Proyectó y Elaboró: ENRIQUE NICOLÁS BRIEVA JURADO

\_\_\_\_\_  
Revisó: WILLINGTON RAFAEL ROMERO ZAMORA

*CON VALOR Y VALORES... ARENAL NECESITA MAS*



ACTA DE POSESIÓN

En san Estanislao de Kostka a los trece (13) días del mes de Abril del año dos mil nueve (2009) se presentó al despacho del señor gerente de la Empresa Social Del Estado Hospital Local Ana María Rodríguez, la doctora **CRISTINA PADILLA HERRERA** identificada con la cédula de ciudadanía No 1.032.366.272 expedida en Bogotá, Cundinamarca; con el objeto de tomar posesión del cargo de **MÉDICO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**, de la Empresa Social Del Estado Hospital Local Ana María Rodríguez, cargo para el que fue nombrado mediante resolución # 044 del Trece (13) de Abril del año dos mil nueve (2009)

Para tal efecto presento los siguientes documentos

- ✓ Copia de resolución de nombramiento
- ✓ Copia de la cedula de ciudadanía
- ✓ Copia del certificado judicial
- ✓ Certificado de la procuraduría
- ✓ Certificado de la contraloría
- ✓ Hoja de vida
- ✓ El Registro único tributario (RUT).

No siendo otro el motivo de la presente acta, se firma por quienes participan en ella.

  
GUILLERMO E. JIMÉNEZ VALENCIA  
Gerente

\_\_\_\_\_  
CRISTINA PADILLA HERRERA  
CC 1.032.366.272

*CON VALOR Y VALORES... ARENAL NECESITA MAS*

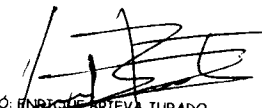


ARTÍCULO SEGUNDO: Contra esta decisión proceden los recursos de reposición ante la misma autoridad que expide el presente Acto Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en San Estanislao de Kostka Bolívar, a los 14 días de Octubre del 2009.

  
ESE HOSPITAL LOCAL  
ANA Ma. RODRIGUEZ  
CON VALOR Y VALORES  
GUILLERMO ELIECER JIMÉNEZ VALENCIA  
Gerente

  
ELABORÓ: ENRIQUE BRIEVA JURADO

REVISÓ: MARCOS CANTILLO MUÑOZ



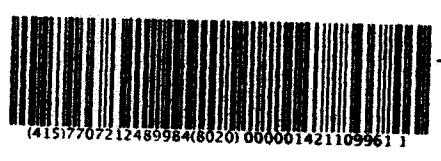
Formulario del Registro Único Tributario  
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14211099611



(415)7707212489984(8020) 0000014211099611

|  |            |   |                            |
|--|------------|---|----------------------------|
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT):<br>8 0 6 0 0 7 2 3 8 | 6. DV<br>1 | 12. Dirección seccional<br>Impuestos de Cartagena | 14. Buzón electrónico<br>6 |
|--|------------|---|----------------------------|

IDENTIFICACION

|   |                             |                               |                       |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 24. Tipo de contribuyente:<br>Persona jurídica                                    | 25. Tipo de documento:<br>1 | 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:<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ |                             |                               |                       |
| 36. Nombre comercial:   |                             |                               |                       |
| 37. Sigla:  |                             |                               |                       |

UBICACION

|   |   |   |
|---|---|---|
| 38. País:<br>COLOMBIA                   | 39. Departamento:<br>Bolívar                                    | 40. Ciudad/Municipio:<br>San Estanislao |
| 41. Dirección:<br>EL CARMEN CR 38 32 50 | 42. Correo electrónico:<br>esehospitalanamariorodriguez@hotmail | 43. Apartado aéreo                      |
| 44. Teléfono 1:<br>6 2 9 9 1 2 6        | 45. Teléfono 2:<br>3 0 0 4 1 2 4 8 3 9                          |   |

CLASIFICACION

| Actividad económica         |  |                      |                             | Ocupación          |            |
|-----------------------------|--|----------------------|-----------------------------|--------------------|------------|
| Actividad principal         |  | Actividad secundaria |                             | Otras actividades  |            |
| 46. Código:<br>8 6 1 0      | 47. Fecha inicio actividad:<br>1 9 9 8 1 1 2 6 | 48. Código:          | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código:<br>1 2 | 51. Código |
| 52. Número establecimientos |  |                      |                             |                    |            |
| Responsabilidades           |  |                      |                             |                    |            |
| 53. Código:<br>7 6 1 4 1 6  |  |                      |                             |                    |            |

- 07- Retención en la fuente a título de renta
- 06- Ingresos y patrimonio.
- 04- Informante de exogena
- 05- Obligación facturar por ingresos bienes y/o servic

Usuarios aduaneros

Exportadores

|             |           |          |          |   |   |   |
|-------------|-----------|----------|----------|---|---|---|
| 54. Código: | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|             |           |          | 57. Modo |   |   |   |
|             |           |          | 58. CPC  |   |   |   |

Para uso exclusivo de la DIAN

|  |                      |                            |
|--|----------------------|----------------------------|
| 59. Anexos: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2 0 1 2 1 2 2 6 |
|--|----------------------|----------------------------|

La información contenida en el formulario será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
Firma autorizada:

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004  
Firma del solicitante

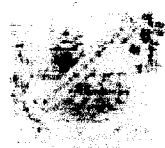
984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA  
985. Cargo: Gestor II

Faint, illegible text in the upper left quadrant.

Faint, illegible text in the upper right quadrant.







REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR  
MUNICIPIO DE SAN ESTANISLAO DE KOSTKA  
ALCALDÍA MUNICIPAL  
NIT. 890.481.310-0



**DECRETO N° 052 – 2012 /**  
Del 4 abril de 2012

**“POR MEDIO DEL CUAL SE HACE EL NOMBRAMIENTO DEL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ANA MARIA RODRIGUEZ”**

**EL ALCALDE MUNICIPAL DE SAN ESTANISLAO DE KOSTKA BOLIVAR**, en uso de sus facultades y en especial por las conferidas por el numeral 7, artículos 315, artículo 91 de la constitución política, decretos y demás normas concordantes y

**CONSIDERANDO:**

Que la junta directiva mediante oficio de fecha tres (3) de abril de 2012, notifico al señor Alcalde Municipal de la conformación de la terna para nombrar al gerente en propiedad.

Que la junta directiva teniendo en cuenta lo estipulado en la Sentencia C-181 de 2011, la Corte Constitucional fijo el alcance del artículo 26 de la Ley 1122 de 2007, en el siguiente sentido: “la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección de la cual, el nominador, según estatutos, tendrá que nombrar el respectivo Gerente” en el entendido de que la terna a la que se refiere deberá ser conformada por los concursantes que hayan obtenido las tres mejores calificaciones en el respectivo concurso de méritos; de que el nominador de cada empresa social del estado deberá designar en el cargo de gerente a quien haya alcanzado el más alto puntaje, y de que el resto de la terna operará como un listado de elegibles, de modo que cuando no sea posible designar al candidato que obtuvo la mejor calificación, el nominador deberá nombrar al segundo y, en su defecto, al tercero.

Que de conformidad a lo estipulado se procedió a la realización del concurso de mérito para lo que se contrató con la Corporación Universitaria de Colombia Ideas, con personería jurídica reconocida mediante resolución No. 22185 de 1984 expedida por el Ministerio de Educación Nacional, y acreditada ante la Comisión Nacional del Servicio Civil mediante resolución 1406 del 28 de abril de 2011, para adelantar procesos de selección de personal. Arrojando el siguiente resultado:



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR**  
**MUNICIPIO DE SAN ESTANISLAO DE KOSTKA**  
**ALCALDÍA MUNICIPAL**  
 NIT. 890.481.310-0



| APELLIDOS      | NOMBRES            | CÉDULA     | PROFESION  | PUNTAJE |
|----------------|--------------------|------------|------------|---------|
| VEGA DOMINGUEZ | HERNAN DARIO       | 7.960.396  | ODONTOLOGO | 90.1%   |
| CASAS COTES    | MARTINA CATALINA   | 45.762.014 | ODONTOLOGA | 77.4%   |
| VEGA PADILLA   | NARELCI DEL CARMEN | 22.850.573 | ODONTOLOGA | 75.9%   |

Que en virtud de lo anterior

**DECRETA:**

**ARTICULO 1º:** Nómbrase en propiedad al señor **HERNAN DARIO VEGA DOMINGUEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía N°. 7.960.396 de San Estanislao de Kostka, como Gerente de la Empresa Social del Estado "Hospital Local Ana María Rodríguez", en remplazo del señor Guillermo Elicecr Jiménez Valencia, por un periodo fijo comprendido desde el 4 de abril de 2012 hasta el 31 de marzo de 2016.

**ARTICULO 2º:** El presente decreto rige a partir de su expedición.

**PUBLIQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en el despacho del señor Alcalde Municipal de San Estanislao de Kostka, a los 4 días del mes de abril de 2012.

  
**ROGER ANTONIO SUÁREZ ALMEIDA**  
 Alcalde Municipal



REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR  
MUNICIPIO DE SAN ESTANISLAO DE KOSTKA  
ALCALDIA MUNICIPAL  
NIT. 890.481.310-0



ACTA DE POSESION N° 027

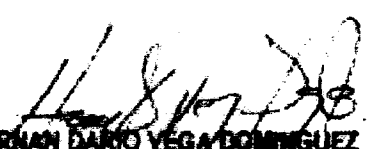
En San Estanislao de Kostka Departamento de Bolívar a los cuatro (4) días del mes de Abril de 2012, se presentó en la Secretaría General y del Interior, el señor **HERNAN DARIO VEGA DOMINGUEZ**, identificado con la C.C. N° 7.960.396 de San Estanislao (Bol.), con el objeto de tomar posesión como **GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, "Hospital Local Ana María Rodríguez"** entidad descentralizada.

Para el cargo fue nombrado mediante Decreto N° 052 de fecha Abril 4 de 2012.

Para efecto presente la siguiente documentación:

- ✓ Copia de Notificación de Nombramiento
- ✓ Copia del Decreto N° 052 de fecha Abril 4 de 2012
- ✓ Formato Único de Hoja de Vida DAFF
- ✓ Declaración de Bienes Formato DAFF
- ✓ Copia de Documento de Identidad
- ✓ Certificado de Antecedentes Disciplinarios
- ✓ Certificado de Antecedentes Fiscales

habiendo oído el motivo de la presente diligencia, se firma la presente por los que en ella intervinieron.

  
**HERNAN DARIO VEGA DOMINGUEZ**  
POSESIONADO (A)

  
**LIA MARGARITA VALLE RAMOS**  
SECRETARIA GENERAL Y DEL INTERIOR