FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Angie Xilena Barragan Bello

c.c. 1083015740 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-04-07
Fecha de vencimiento: 2024-04-07

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Angie Xilena Barragan Bello

c.c. 1083015740 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-04-06
Fecha de vencimiento: 2024-04-06

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Angie Xilena Barragan Bello

c.c. 1083015740 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2022-04-05
Fecha de vencimiento: 2024-04-05

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Angie Xilena Barragan Bello

c.c. 1083015740 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-02-28
Fecha de vencimiento: 2024-02-28

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 31/05/2022

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO
Identificación: CC: 1083015740
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: MEDICO GENERAL
Fecha nacimiento: 27/08/1996
Edad: 25
Genero: Femenino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Santa marta,
Nº hijos: 0
ARL:
EPS: EPS Sanitas
AFP: Protección S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

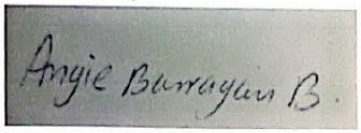
Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. VALORACION CON NUTRICION POR EPS

NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID 19

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584

Aspirante o trabajador
ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO
Identificación: CC: 1083015740



LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que la Doctora **ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO**, identificada con la cedula de ciudadanía 1.083.015.740, laboró en esta institución como Médico General en el periodo comprendido entre 23 de marzo a 30 de mayo de 2022.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los 15 días del mes de septiembre de 2022.

Atentamente,

ALEXANDRA ESTEFENS B.
Jefe de Departamento

LA SUSCRITA JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA

CERTIFICA

Que la Señora **ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO,** identificada con cedula de ciudadanía Nº 1.083.015.740 de Santa Marta - Magdalena, Laboró en la E.S.E. Hospital Local Zona Bananera, en el cargo de Médico SSO. Desde el Cuatro (04) de Septiembre de 2020 hasta el tres (03) de septiembre de 2021.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los Trece (13) días del mes de Septiembre de Dos Mil Veintidos (2022).

JEFE DE RECURSOS HUMANOS

MAIRA A. PEÑA RODRIGUEZ
Jefe de Talento Humano.
E.S.E: Hospital Local Zona Bananera.
Cel. 3016565602

	Nombre	Cargo	Firma
Proyecto	AISLIT MARLEN GARCIA	Auxiliar Administrativo	
La arriba firmante declara que ha revisado el presente documento y lo encuentra ajustado a las normas y disposiciones legales y/o tecnicas vigentes, por lo tanto, bajo mi responsabilidad lo presento para la firma			

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA

CERTIFICA:

Que la E.S.E. Hospital Local Zona Bananera, suscribió contrato de Prestación de Servicios Personales con **ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO**, identificada con Cédula de Ciudadanía Número 1,083,015,740, expedida en Santa Marta - Magdalena, los cuales se describen a continuación:

1 . Contrato de Prestación de Servicios Personales No. 962 del Primer (01) día del mes de Octubre de Dos Mil Veintiuno (2021)

Objeto Contractual: El Contratista, Con Plena Autonomía Técnica Administrativa, Operativa Y Financiera De Su Parte, Se Obliga Para Con La E.S.E. Hospital Local Zona Bananera, A Prestar Sus Servicios Profesionales Como Medico General En El Área De Urgencia De Forma Oportuna Y Efectiva; Procurando Siempre La Atención Integral Del Paciente.
Duración: UN (1) Mes.
Fecha de inicio: Primer (01) día del mes de Octubre de Dos Mil Veintiuno (2021).
Fecha de finalización: Primer (01) día del mes de Noviembre de Dos Mil Veintiuno (2021).
Valor Total del contrato: TRES MILLONES DE PESOS ($3,000,000).
Ejecución: Satisfactorio según lo indicado por el supervisor del contrato.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en el Municipio de Zona Bananera Sevilla – Magdalena, a los Trece (13) días del mes de Septiembre de Dos Mil Veintidós (2022).

ANA MARÍA CASTILLO GARCÍA
Gerente

	Nombre	Cargo	Firma
Proyecto	AISLIT GARCIA RENTERIA	AUX. ADMINISTRATIVO	
Reviso	MARIA ALEJANDRA PEÑA RODRIGUEZ	JEFE DE TALENTO HUMANO	

La arriba firmante declara que ha revisado el presente documento y lo encuentra ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes, por lo tanto, bajo mi responsabilidad lo presento para la firma.

27,4 km. Carrera 11 - Calle 5 No. 10-04 Sevilla, Zona Bananera
Gerencia@esehospitalzonabananera-magdalena.gov.co
www.esehospitalzonabananera-magdalena.gov.co
Cel. 314 597 8884
hospital_local_zona_bananera
esehospitallocalzonabananera

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Hepatitis A	1	02-08-18	R008070	
	2	26-3-19	R002240	
Hepatitis B	1	14/07/14	UFX13003	
	2	02-08-18	031L700K	
	3	26-3-19	UFX18005	
Influenza	1	18-07-18	V5018008	
	2			
	3			
Meningococcica BC	1			
	2			
Neumococcica Conj.	1			
	2			

VARicela U 26-3-19 R029349 · Fabra.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Tetano	1	14/07/14	0241096	
	2	02-08-19	0241096	
	3			
	4			
	5			
Triple Viral	1	02-08-18	009M8003A	
Varicela	1	02.08.18	R008070	
Fiebre Amarilla	1			
	2			
Sarampión Rubiola				
DPTaAdulto		02-08-18	AC37023AB	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1 TV	10-09-16	015M4054	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1 Refuerzo	10-09-16	92272	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		10-09-16	M5V09	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	23/01/19	D2294	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
Neumococo	Unica	23/01/2019	ASPNA8054A	

Scanned with CamScanner

SERVICIOS MEDICOS

OLIMPUS IPS Ltda.

Nit 800.033.723-0

Nombre	BARRAGAN BELLO ANGIE XILENA		Fecha de recepcion:	27-mar.-2019 3:54 pm	3273031
Identificacion	CC 1083015740	Sexo F	Fecha de impresion:		
Edad	22 Años 7 Meses 0 Dias	Tel. 3012023202	Empresa	PARTICULAR STA	Copia
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	SANTA MARTA	
Servicio	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B ANTICUERPO CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE **Metodo: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA** REACTIVO: MAYOR DE 10.00 UI/L NO REACTIVO: MENOR DE 10.00 UI/L	17.13	UI/L	
ANTICUERPOS ANTIVARICELA IgG **Metodo: INMUNOENSAYO ENZIMATICO (EIA)**	PENDIENTE		

El servicio público es de todos | Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2022-05-25 16:59

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANGIE	XILENA	BARRAGAN	BELLO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1083015740

Lugar de nacimiento

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$3.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$3.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	Colombia	$2.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JAVIER	JOSE	MERCADO	DE LA HOZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1082971698

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1083015740
NOMBRES Y APELLIDOS	Barragan Bello,Angie Xilena
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Barragan Bello,Angie Xilena, a los 07 días del mes de febrero del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BARRAGAN BELLO ANGIE XILENA** identificado(a) con **CC** número **1.083.015.740** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de agosto de 2020 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de febrero de 2023.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023020721130

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1083015740, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/01/2023 y fecha fin de contrato 28/02/2023 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012207533.

Esta certificación se expide a los 07 días del mes de Febrero de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Impreso por Internet el 07/02/2023 9:14:10 p. m.
ISCDC: 07/02/2023 9:14:10 p. m.

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBGERENCIA CIENTÍFICA	12/1/2021

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO	Sexo			
		M		F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1083015740	SANTA MARTA	8/29/2014

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X								X				X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
27	8	96	SANTA MARTA	CONCEPCION 5 MANZANA B CASA 1	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
barraganangie1@gmail.com	3012023202	3012023202

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	2	1

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
MÉDICO GENERAL	Actividades de la práctica médica, sin internación

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	MÉDICO GENERAL

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 #23-42	SANTA MARTA	"LOS ALCÁZARES"	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$4'485,000	Total Egresos mensules	$3'000.000
Otros Ingresos Mensules	0	Otros Egresos Mensuales	0
Total Activos	$7'000,000	Total Pasivos	0

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	12	Año	2022	Es declarante?	SI	x	NO	

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

MI EMPLEO COMO MÉDICO GENERAL

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: **EL EJERICICIO DE MI PROFESIÓN COMO MÉDICO GENERAL** y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.





5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC12F VERSION: 04 FECHA DE ULTIMA REVISION:9/12/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, **ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO**, Identificado con Cédula No. 1.083.015.740 y Profesión MEDICO GENERAL **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Angie Barragan B.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
4	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**		
5	Propuesta de Servicios		
6	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
7	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
8	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
9	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
12	RUT - Registro Único Tributario		
13	Hoja de Vida — Función publica		
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**		
15	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**).		
16	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
17	Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**)		
18	Tarjeta Profesional		
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**.		
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
25	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
26	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
29	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
30	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
32	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
33	Soporte de experiencia laboral.		
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
35	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)		
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx		

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.083.015.740**

BARRAGAN BELLO

APELLIDOS

ANGIE XILENA

NOMBRES

Angie Barragán

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-1996**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-AGO-2014 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00650608-F-1083015740-20141205 **0041**710557A 1 43263775

Escaneado con CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1083015740**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1083015740	BARRAGAN	BELLO	ANGIE	XILENA	2022-04-27, 10:47 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Santa Marta, DTCH. 7/02/2023

Sr
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Asunto: Propuesta de Servicio.

Estimado E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.
Reciba un cordial y respetuoso saludo. Por medio de la presente me permito presentar ante usted mi servicio de medica general la cual e venido desarrollando desde hace 1 años.

Le adjunto mi curriculum personal y una lista detallada de mis actualizaciones profesionales y experiencia laboral.

Atentamente,



cc: 1083015740

Medica General

Tel 3012023202

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14711060497

(415)7707212489984(8020) 000001471106049 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 3 0 1 5 7 4 0	0	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 3 0 1 5 7 4 0	2 0 1 4 0 8 2 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRAGAN	BELLO	ANGIE	XILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: C L 19 C R 6 CEN

42. Correo electrónico: barraganangie1@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 2 0 0 9 0 1						1 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 09 - 16 / 17 : 48: 06

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 BARRAGAN BELLO ANGIE XILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BARRAGAN	BELLO	ANGIE XILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No.

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 27 MES 08 AÑO 1996

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CONCEPCION 5 MZNA B CASA 1

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3012023202 EMAIL barraganangie1@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 2013

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		MEDICA	07	2020	1083015740

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
ESPAÑOL		X			X			X	

Scanned with CamScanner

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4346262	DÍA 01 MES 06 AÑO 2022	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL		CRA 14 #23-42 SANTA MARTA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION POLICLINICA CIENAGA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	CIENAGA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4240485	DÍA 22 MES 03 AÑO 2022	DÍA 30 MES 05 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL		CALLE 8 #12-26 CIENAGA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	ZONA BANANERA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3126609062	DÍA 04 MES 09 AÑO 2021	DÍA 14 MES 11 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO GENERAL		SEVILLA ZONA BANANERA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	ZONA BANANERA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3126609062	DÍA 03 MES 09 AÑO 2020	DÍA 04 MES 09 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MEDICO RURAL		SEVILLA ZONA BANANERA

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

Scanned with CamScanner

4 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	6

5 - FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (●) NO (x) 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).

Angie Barragán B.

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

Scanned with CamScanner

La república de Colombia y en su nombre

La Fundación Educativa

Liceo Versalles

Santa Marta - Magdalena

Licencia de Funcionamiento No. 1273 **del** 22 **de** Julio **de** 2008 **Expedida por La Secretaria de Educación.**
Código DANE No. 347001005090, **NIT:** 900203397-5

Angie Xilena Barragán Bello

Doc. Identidad No. 96082724556 **Santa Marta**

El Título de:

Bachiller Académico

Con Énfasis en Humanidades

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

25 AÑOS

Clarena Lobo Almanza
C.C. 36.556.906 Santa Marta
Rectora

María del Carmen Galván
C.C. 57.442.200 Santa Marta
Secretaria

Este Diploma no Requiere de registro en secretaria de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)
Anotado en el control interno del plantel en el

Libro.....01.....Folio No.....041..... Acta .....013.....
Dado en Santa Marta, a los 30 días del mes de Noviembre del año 2013

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO

con cédula de ciudadanía No. 1.083.015.740 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 31 de Julio de 2020

Director(a) Sede

Rector(a)

Gloria Patricia Ruiz J
Secretario(a) General

Libro de Registros No. 0040420201 Folio No. 040 Registro No. 0392 Refrendado en Santa Marta el día 30 de Julio de 2020

Registros y Diplomas: Juan Alonso Cortes Londoño

049206

THOMAS GREG & SONS

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108301574000110964

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO**, identificado(a) con C.C. No. 1083015740 y T.P. o R.M. No. 1083015740 del(a) Secretaría Seccional de Salud del Magdalena, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 07 febrero 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

95

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
FECH4 Folios: NROFOLIOS
Origen: ORIGHEN
Destinatario: DHESTIN@TARYO

P≅ΘTKAΔO
R@QTKADO

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

CERTIFICA

Que conforme a lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, el (la) profesional **ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1,083,015,740 expedida en Santa Marta - Magdalena, cumplió el servicio social obligatorio como MEDICA en LA ESE HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA en la siguiente plaza y fecha:

Código Plaza	Lugar donde realizó el SSO	Modalidad (*)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
4798000238011-1	LA ESE HOSPITAL LOCAL ZONA BANANERA	Prestación de Servicios	03 de septiembre de 2020.	03 de septiembre de 2021.

*Según artículo 6 de la Resolución 1058 de 2010.

Santa Marta, septiembre 14 de 2021.

DIANA ESTHER CELEDÓN SANCHEZ
Secretario Seccional de Salud

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó Elaboró	Piedad De la Hoz Orozco	Profesional Universitario	
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presentamos para su firma.			

La salud es de todos | Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO

C.C. 1083015740



MÉDICO

Universidad Cooperativa de Colombia

Santa Marta

Grado: 31/07/2020

Rethus: 03/11/2021

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 PH. info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam… 1

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Ingresar Registrarse Ayuda

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.



Cambiar

9454

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-02-10→5:26:32 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1083015740	ANGIE	XILENA	BARRAGAN	BELLO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO identificado(a) con CC 1083015740 registra La siguiente información:

2023-02-10→5:26:32 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2021-11-03	93121	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|ZONA BANANERA	2020-09-03	2021-09-03	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	EMISION ORIGINAL	61-03-101005106	0

TOMADOR	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
ASEGURADO	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
28 / 02 / 2022	28 / 02 / 2022	28 / 02 / 2023	28 / 02 / 2022	28 / 02 / 2023

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
YEISON BUSTOS GUTIERREZ	195175	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO. 1

ACTIVIDAD. MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% IVA	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL				
	ERRORES U OMISIONES	$ 250,000,000.00		
		$ 250,000,000.00		

DEDUCIBLES. * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo. 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA.

AMPARAR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE LE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO, POR LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE QUE SE OCASIONEN A TERCEROS, EN HECHOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSADOS DIRECTAMENTE POR UN SERVICIO PROFESIONAL EN LA ACTIVIDAD MEDICO ASISTENCIAL, LEGALMENTE HABILITADO PARA EJERCER DENTRO DEL TERRITORIO COLOMBIANO.
TITULO PROFESIONAL. MEDICO

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******250,000,000.00	PRIMA:	$ **********245,250.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********46,597.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********291,847.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101, TELÉFONO 8721717 - NEIVA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.06.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOC(ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415) 7709998021167 (8020) 1101500254150 1 (3900) 000000291847 (96) 20220414

REFERENCIA PAGO:

1101500254150-1

A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO
DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DE VIDA DEL ES
A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO
DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DE VIDA DEL ES
A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO

61-03-101005106

FIRMA AUTORIZADA

MARIAESPINOSA

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	EMISION ORIGINAL	61-03-101005106	0

TOMADOR	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
ASEGURADO	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
28 / 02 / 2022	28 / 02 / 2022	28 / 02 / 2023	28 / 02 / 2022	28 / 02 / 2023

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
YEISON BUSTOS GUTIERREZ CLIENTE	195175	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

PSEGUESTADO

PAGINA WEB

pse · VISA · MasterCard · Diners Club International · American Express

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · LA 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gana Gana · Servibanca · CODIBROCAS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******250,000,000.00	PRIMA:	$ **********245,250.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********46,597.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********291,847.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CRA. 4 NO. 11 - 29 LOCAL 101, TELÉFONO 8721717 - NEIVA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.06.2018.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOCX, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1101500254150(3900)000000291847(96)20220414

REFERENCIA PAGO: 1101500254150-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	EMISION ORIGINAL	61-03-101005106	0

TOMADOR	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
ASEGURADO	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CONDICIONES ESPECIFICAS.

BENEFICIARIO.TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA.12 MESES - INICIO DE VIGENCIA A PARTIR DE LA ORDEN EN FIRME

UBICACION CONSULTORIO.NO TIENE - DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD.CERO - DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA. OCURRENCIA - SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

CONDICIONADO GENERAL.FORMA 12/08/2019-1329-P-06-00000008-RC-001A-D001
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA.MEDICO

LIMITE ASEGURADO.$250.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

COBERTURAS.

1.AMPARO BASICO. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL.
SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA O IMPERICIA, ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGRAFO. SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

2.EXTENSIONES DE COBERTURA.
ESTE PRODUCTO SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR.

2.1SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS.
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.
NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO DE EXCLUSIONES DE ESTA COTIZACION.

2.2USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

2.3GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	EMISION ORIGINAL	61-03-101005106	0

TOMADOR	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
ASEGURADO	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGUROS.

SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA.

EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

2.4RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, POR:

1.LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

2.LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE ASEGURADO NO INFERIOR A $50.000.000.

PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

AMPARO BASICO, SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS Y USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD VALOR ASEGURADO $250.000.000

GASTOS DE DEFENSA EVENTO $15.000.000
VIGENCIA $50.000.000

DEDUCIBLES GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
DEMAS AMPAROS: 10% DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV

EXCLUSIONES:

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1.RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
2.DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
3.RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES O NARCOTICAS.
6.PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
8.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	EMISION ORIGINAL	61-03-101005106	0

TOMADOR	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
ASEGURADO	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

9.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.

10.RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
11.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.
12.RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.
13.SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO.
14.PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.
EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.
ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.
15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.
17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE. SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LO MODIFIQUEN, QUE DICE:
CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MEDICO PODRA EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O
INTERRUMPIR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, EN RAZON DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:
A.QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD?
B.QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCION DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA?
C.QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS,
CASO EN EL CUAL SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, ETC.
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29.ORGANISMOS PATOGENICOS.
30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.
31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC.
32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	EMISION ORIGINAL	61-03-101005106	0

TOMADOR	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
ASEGURADO	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER OTRA ENTIDAD.
36.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO
DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.
37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA.
II-RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.
III-LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.
39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY CORRESPONDIENTE. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL AREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.
41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA
47.OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL). ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.
48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO.
50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51.POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.
52.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA
LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

53.CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
54.PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:
a)EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.
b)EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y
c)LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
55.EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
56.SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
57.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
58.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	EMISION ORIGINAL	61-03-101005106	0

TOMADOR	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
ASEGURADO	ANGIE XILENA BARRAGAN BELLO			CC	1.083.015.740
DIRECCION	CL 19 NRO. 6 - 100	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3012023202
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

59.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
60.NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.
61.SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.
62.EXCLUSION DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE: LMA5394 -96

1.ESTE CONTRATO EXCLUYE CUALQUIER PERDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, CONTRIBUIDO A, COMO RESULTADO DE, DERIVADO DE O EN CONEXION CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL MIEDO, O LA AMENAZA (YA SEA ESTA REAL O PERCIBIDA); DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTANEAMENTE O EN CUALQUIER SECUENCIA CON DICHA ENFERMEDAD.
2.COMO SE USA EN ESTE DOCUMENTO:
A) ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA CUALQUIER ENFERMEDAD INFECCIOSA, TRANSMISIBLE O CONTAGIOSA, O CUALQUIER MUTACION O VARIACION DE ESTA, QUE PUEDE TRANSMITIRSE POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DE CUALQUIER ORGANISMO A OTRO ORGANISMO, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES:
I.LA SUSTANCIA O AGENTE INCLUYE, PERO NO SE LIMITA A, UN VIRUS, BACTERIA, PARASITO, U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACION DE ESTE, YA SEA QUE SE CONSIDERE VIVO O NO, Y
II.EL METODO DE TRANSMISION YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, TRANSMISION POR EL AIRE, TRANSMISION DE FLUIDOS CORPORALES, TRANSMISION DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE, U OBJETO; SOLIDO, LIQUIDO O GASEOSO; O ENTRE ORGANISMOS.

AMBITO TERRITORIAL:COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE:COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.
CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE.

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Angie Xilena Barragan Bello

c.c. 1083015740 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-09-11
Fecha de vencimiento: 2024-09-11

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Angie Xilena Barragan Bello

c.c. 1083015740 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-05-01
Fecha de vencimiento: 2024-05-01

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Angie Xilena Barragan Bello

c.c. 1083015740 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS)
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-05-05
Fecha de vencimiento: 2024-05-05

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista