ACESS

Otorga el presente certificado a

YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN

C.C. 22.562.828

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

Gestión del Duelo

Realizado en modalidad virtual, **los días 12 y 13 de Marzo de 2022.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN

C.C. 22.562.828

Por haber asistido y aprobado el curso:

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CURSO ONLINE

Realizado en modalidad virtual, **del día 19 al 24 de Abril de 2022.**
con una intensidad de **20 horas**.

El curso cumple con lo exigido en la Res. 3100 de 2019
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN

C.C. 22.562.828

Por haber asistido y aprobado el curso:

HAZMAT MEDICO

ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472

Realizado en modalidad virtual del **25 al 26 de Junio del 2022.**
con una intensidad horaria de **40 horas**.

El curso cumple con lo exigido por la Res. 3100 del 2019, bajo estándares internacionales NFPA 472.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

63

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 14/Jul/2022, **Hora:** 11:07:33 a.m.
Apellido: Sangregorio Beltran **Nombre:** Yessica Maria
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 22562828
Empresa: Particular
Cargo: Medico
Direccion: Crr 43 No 37 29 Mamatoco
Telefono: **Celular:** 3156985999 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 96 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 35.2 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Sin Definir **AFP:** Porvenir

HC: # 72088
Edad: 41 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 08/Feb/1981
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y
Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Yessica Maria Sangregorio Beltran
CC 22562828

H
D

3D

Medicall
Talento Humano

NIT 900.682.543-8

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S

CERTIFICA:

Que ***SANGREGORIO BELTRAN YESSICA MARIA****, identificado (a) con C.C. número* ***22562828,*** *laboro en Medicall Talento Humano S.A.S, mediante un contrato de trabajo a termino* ***Obra o Labor*** *desde el* ***25 DE NOVIEMBRE DE 2019*** *hasta el* ***20 DE FEBRERO DE 2020*** *desempeñando el cargo de* ***MEDICO UAB SUPERNUMERARIO.***

En constancia de lo anterior se expide en Bogotá D.C. ***4 DE MARZO DE 2020*** *a solicitud del interesado (a).*

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL MEDICALL TH

La presente certificación debe tener sello seco.

Calle 4 G No.66 A - 08 Tel. 7425770 - 4200784 – 2621705 EXT.135,167
Bogotá, D.C

PACIENTE:	**SANGREGORIO BELTRAN YESICA MARIA**	**Orden No.:7137067**	
INGRESO:	**2018-07-13 10:32**	**EDAD: 30 Años**	
MEDICO:	**PARTICULAR**	**SEXO: Femenino**	
HISTORIA:	**22562828**	**TEL: 4236126-3156985999**	
EMPRESA:	**PARTICULAR (STA MARTA)**	**SEDE SANTA MARTA**	

Fecha Hora Impresion: 2020-11-04 21:17

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biologico de Referencia
	INMUNOLOGIA		
ANTI HBS	**46.42**	**mUI/ml**	NEGATIVO: MENOR DE 10.0 POSITIVO: MAYOR O IGUAL A 10

Bacteriologo Responsable:



PAI
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

GOBIERNO DE COLOMBIA — MINSALUD

NOMBRE: Jessica Maria Sangregorio Beltran **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 22562828**

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR
		DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY	
Influenza estacional Mujeres gestantes a partir de la semana 14	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Tétanos, difteria reducida, B. pertussis acelular (TdaP) Mujeres gestantes a partir de la semana 26	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Toxoide tetánico y diftérico (Td)	Primera dosis	30	5	2014	024L1015	Serum	STA MARTA BIENESTAR IPS SAS ALIANSALUD	30	6	2014	norela fonseca
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Refuerzo 1										
	Refuerzo 2										
	Refuerzo 3										
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
Rabia Humana	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
Suero antirrábico	Primera dosis										
	Adicional										
DPT Acelular	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Primer Refuerzo										
	Segundo Refuerzo										
Fiebre Amarilla	Única										
Fiebre tifoidea	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis A	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis B	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Refuerzo										
	Adicional										
Influenza estacional	Primera										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
Anti tuberculosis (BCG)	Unica										
Triple viral	Unica										
	Refuerzo										
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	20	11	2019	0129M017	Serum	STA MARTA SALUD TOTAL EPS. AVENIDA LIBERTADOR	20	11	2020	ROXANA BARON RIATIGA
	Refuerzo										
Meningococo Conjugado	Primera										
	Segunda										
Meningococo Polisacárido	Unica										
Neumo Conjugado	Unica										
Neumococo Polisacárido	Primera dosis										
	Refuerzo										
Herpes zoster	Unica										
Colera	Unica										
Toxoide Tetánico	Primera										
	Segunda										
	Refuerzo										

	Refuerzo											
Dengue	Primera											
	Segunda											
	Refuerzo											
Varicela	Primera											
	Segunda											
Antitoxina Tetánica	Unica											
Antitoxina Diftérica	Unica											
Inmunoglobulina Antitetánica	Unica											
Inmunoglobulina Antidiftérica	Unica											
Inmunoglobulina Antirrábica Humana	Unica											
Inmunoglobulina Antihepatitis B	Unica											
Antirrábica Humana Pre exposición	Primera dosis											
	Segunda dosis											
	Tercera dosis											

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	OTRO	Fecha de publicación	2022-12-19 22:26

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YESSICA	MARIA	SANGREGORIO	BELTRAN

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	22562828

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	EL BANCO

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	$22.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$6.000.000,00
TOTAL	$28.000.000,00

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	$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CARRO	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$75.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO BANCOS	$17.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] 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
RAFAEL	JOSE	PEREZ	RADA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 19592647

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:

STAMARTA, Febrero 9 de 2023

Señora:
SANGREGORIO BELTRAN YESSICA MARIA
CC. 22562828
CR 43 NUM 37 29 CNJ CIUDAD CAMPESTRE CA D7. - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 24 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
PEREZ RADA RAFAEL JOSE	19592647	C	Nov-24-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SANGREGORIO BELTRAN YESSICA MARIA	22562828	C	Nov-24-2019	52	26	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna
PEREZ SANGREGORIO JUAN DIEGO	1043304519	T	Nov-24-2019	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PEREZ SANGREGORIO RAFAEL JOSE	1082987130	T	Nov-24-2019	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	22562828	Dependiente	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	22562828	Dependiente	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	22562828	Dependiente	CERRADO
YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN	22562828	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN	22562828	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO SÁNCHEZ
Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada,

si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **22.562.828**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN** con **CC** No. **22562828**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/01/2023 **Fecha fin de Contrato:** 28/02/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** MEDICO GENERAL **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012283116.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

HJMB 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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos														Sexo	
Yessica María Sangregorio Beltrán														M	F X
Tipo de Documento								Número			Expedida en			Fecha de Expedición	
C.C. X	C.E		T.I		R.C		PP	22562828			Barranquilla			Mayo 13/1999	
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				
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
08	02	1981	El Banco (Mag)			Cra 43 # 37-29					Santa Marta			Magdalena	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
jema630@gmail.com											3156985996				
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente X		Empleado		Hogar		Jubilado							
Detalle Actividad Económica											Descripción del CIIU				
Médico - emprendedor															

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
	Publica Privada Mixta Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI	NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2.000.000	Total Egresos mensules	1.200.000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	80.000.000	Total Pasivos	22.000.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 08 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 políticamente expuesta PEP?

NO

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

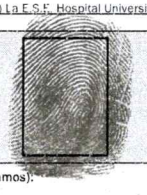
Trabajo como médico

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: Trabajo como medico y patrimonio familiar 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 o 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



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**, Yessica Sangregorio, Identificado con Cédula No. 22562828 y Profesión Médico **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: _____

	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 22.562.828

SANGREGORIO BELTRAN

APELLIDOS

YESSICA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1981

EL BANCO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-MAY-1999 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00256634-F-0022562828-20100921 0024024230A 1 4700899834

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **22562828**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	22562828	SANGREGORIO	BELTRAN	YESSICA	MARIA	2022-08-17, 10:00 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

Santa Marta, febrero 9 de 2023

Doctor

JOSE RAFAEL DOMINGUEZ.

Gerente (e)

E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

REF: PROPUESTA LABORAL

Cordial Saludo.

Respetuosamente

Le presento mi propuesta para prestar mis servicios profesionales en esta Institución como **MEDICO GENERAL** con el fin de poder atender a un grupo de pacientes, ya sea en forma particular o vinculados a alguna EPS que tenga convenio con los servicios que presta esta Institución .

Atentamente,



YESSICA MARIA SANGREGORIO

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14429023720

(415)7707212489984(8020) 000001442902372 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 2 5 6 2 8 2 8	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACION

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	2 2 5 6 2 8 2 8	1 9 9 9 0 5 1 3

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANGREGORIO	BELTRAN	YESSICA	MARIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 43 37 29 CON CIUDAD CAMPESTRE EL NOGAL

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jema630@gmail.com		3 1 5 6 9 8 5 9 9 9	

CLASIFICACION

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
0 1 1 0	2 0 0 6 0 3 1 4	8 6 2 1	2 0 0 6 0 3 1 4			2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 8 2 8

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre SANGREGORIO BELTRAN YESSICA MARIA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 28-08-2017 09:47:15AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

12

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
Vangregorio	Beltrán	Yessica María

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 22.562.828

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 08 MES 02 AÑO 1981

PAÍS Colombia

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO El Banco

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 43#37-29

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO 3156985999 EMAIL jenni630@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 académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 12 AÑO 1996

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		Médico y Cirujano	07	2004	47-1746-05

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Inglés	X				X		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: Hospital Julio Méndez Barreneche	PÚBLICA: Y	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Magdalena	MUNICIPIO: Santa Marta		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:
TELÉFONOS: 4346262	FECHA DE INGRESO: DÍA 01 MES 09 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL: Médico Ruinfano	DEPENDENCIA: Cirugía		DIRECCIÓN: Cra 14 # 23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: Medicall Talento humano	PÚBLICA:	PRIVADA: Y	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Magdalena	MUNICIPIO: Santa Marta		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:
TELÉFONOS: 7425770 - 4200784	FECHA DE INGRESO: DÍA 25 MES 11 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO: DÍA 20 MES 02 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO: Medico UAB	DEPENDENCIA: Consulta Externa		DIRECCIÓN: Cra 5 # 26-35

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: Unidad Materno Infantil Santa Ana	PÚBLICA:	PRIVADA: Y	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Magdalena	MUNICIPIO: Santa Marta		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:
TELÉFONOS: 422100	FECHA DE INGRESO: DÍA 01 MES 06 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO: DÍA 13 MES 10 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO: Medico	DEPENDENCIA: UCI Neonatal		DIRECCIÓN: Calle 22 # 15-65

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: UCI del Caribe	PÚBLICA:	PRIVADA: Y	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bolivar	MUNICIPIO: Cartagena		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:
TELÉFONOS: 56569300	FECHA DE INGRESO: DÍA 03 MES 01 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO: DÍA 01 MES 03 AÑO 2010
CARGO O CONTRATO: Medico	DEPENDENCIA: UCI Neonatal		DIRECCIÓN: Cra 3 # 8-99

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		04
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	18	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	18	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Ciudad y fecha Santa Marta, Diciembre 19/2022

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Institución Educativa Departamental Santa Teresa de Jesús
El Banco, Magdalena

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de El Banco, Magdalena, a los 7 días del mes de Diciembre de 1.996, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritos Rectora y Secretaria de la Institución Educativa Departamental Santa Teresa de Jesús, aprobado hasta **UNDÉCIMO GRADO** en el nivel de Educación **MEDIA ACADEMICO.** Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO,** según Resolución No.- 283 de Noviembre 20 de 1.995
Comprobada la situación legal y Académica de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de **EDUCACION MEDIA ACADEMICO**, se procede a otorgar el **TITULO DE:**

BACHILLER ACADEMICO

Al Graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRAN
C.C. 22.562.828 de Barranquilla.

Es fiel copia tomada del Acta General de Grado No.12 de fecha 7 de Diciembre de 1.996 que consta de 68 alumnos, que comienza y termina respectivamente con el nombre de: **YELIS MARIA ACONCHA CASTRO Y VICKI ANGELICA VILLARREAL MORA.**

Rectora: **SONIA RODRIGUEZ DE RANGEL** **Secretaria: JULIA BASTIDAS CANEDO.**

Dada en El Banco, Magdalena, a los 17 días del mes Julio de 2018.

RAFAEL ALBERTO LORDUY MILANES
C.C.# 85436498 El Banco, Magdalena. .
Rector

GLORIA PARDO SIERRA
C.C.No.39.011.824 El Banco, Magd.
SECRETARIA

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio

Nacionalizado Santa Teresa de Jesús

de El Banco - Magdalena

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución

No. 283 del 20 de Noviembre de 1.995

Confiere a :

Yéssica María Sangregorio Beltrán

T.I. No. 810208-05250 de El Banco

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los Planes y Programas vigentes

Anotado al Folio No. 64 Libro de Registro de Diplomas No. 1

Acta de Grado No. 12 Fecha Diciembre 7 de 1.996

COLEGIO NACIONALIZADO SANTA TERESA DE JESUS EL BANCO MAGDALENA COLOMBIA

Julia Bautista Acosta

Rector

Secretaria

Dado en El Banco, a 7 de Diciembre de 1996

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
CIENCIAS DE LA SALUD

***Acta de Grado: Programa de* MEDICINA**

CODIGO: *M-60-4210-04*

Otorgada a YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN
C. C No. 22.562.828 de Barranquilla -Atl.

En Barranquilla a los 16 dias del mes de Julio de 2004 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector , Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Odontología, Enfermeria, Bacteriologia, Fisioterapia, Optometría, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Psicología y Trabajo Social, en presencia de su cuerpo docente, se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico.
Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice asi:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN

C.C. No. 22.562.828 de Barranquilla -Atl.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS, LE OTORGA EL TITULO DE:

MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 16 días del mes de Julio de 2004

EDUARDO ACOSTA BENDEK
Rector

JESUS SAEZ DE IBARRA
vice-Rector

FERNANDO VASQUEZ OJEDA
Director del Programa de
Medicina

EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDOS POR NUESTRO ALUMNO

YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN

C.C. No. 22.562.828 de Barranquilla

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

Como Notario Tercero Encargado de ésta Círculo hago constar que ésta FOTOCOPIA coincide con su original que he tenido a la vista.
19 JUL 2004
HENRY ALBERTO NUÑEZ SUAREZ
NOTARIO TERCERO ENCARGADO
SANTA MARTA G.T.C.H.

VICE-RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 81 DEL LIBRO 26

NUMERO DE REGISTRO M - 2087

DADO EN BARRANQUILLA A LOS 18 DIAS DEL MES Julio DEL AÑO 2004

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C2256282800111520

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) **YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN**, identificado(a) con C.C. No. 22562828 y T.P. o R.M. No. 1746/2005 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 jueves 09 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

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 1746

"Por la cual se registra un titulo"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que, **SANGREGORIO BELTRAN YESSICA MARIA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 22.562.828 expedida en Barranquilla - Atlántico, ha solicitado el registro de su TÍTULO de **MEDICO Y CIRUJANO** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA**, de Barranquilla - Atlántico, según Acta de Grado No. M-60-4210-04 Folio 81 Libro I/96 de fecha 16 de Julio de 2004.

Que, cumplió con el Servicio Social Obligatorio como MEDICO, en la ESE HOSPITAL LOCAL ALGARROBO, Algarrobo - Magdalena, en el tiempo comprendido entre el 01 de Septiembre de 2004 al 31 de Agosto de 2005 plaza de Orden Nº 72-M según el libro de Registro Nº 0008 de fecha 02 de Enero de 1997.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **SANGREGORIO BELTRAN YESSICA MARIA** para ejercer la profesión como **MEDICO Y CIRUJANO** en todo el territorio nacional

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 12 DIC 2005

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

COORDINADOR

LIDERAZGO SEGURIDAD Y TRANSPARENCIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Registro No
47 1746/ 2005
Libertad y Orden
Firma Médico
Nombres y Apellidos
YESSICA MARIA SANGREGORIO B
CC o CE
C 22562828
De
BARRANQUILLA
Universidad
METROPOLITANA
Ciudad
BARRANQUILLA
Codigo 53744/13
Fecha de Expedición 13/02/08

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam… 1

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

22562828

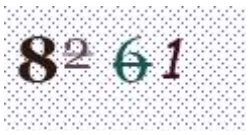
Primer Nombre *

yessica

Primer Apellido *

sangregorio

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9622

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2020-09-13→4:19:48 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	22562828	YESSICA	MARIA	SANGREGORIO	BELTRAN	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bas
Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRA
La siguiente información:

2020-09-13→4:19:48 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	
UNV	Local	Medicina	2005-12-12	1746	MIN

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado p
El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud,
el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercici
este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profe
Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Conmutador: +57(1) 330 5000 - Central de fax: +57(1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: +57(1) 330 5071 - 24 horas
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales

AMPAROS

COBERTURA	LÍMITE COBERTURA	DEDUCIBLE VALOR A CARGO DEL ASEGURADO	
		VALOR PORCENTUAL PÉRDIDA	VALOR MÍNIMO
222 PREDIOS LABOR.Y OPERACIO	300,000,000	10 %	3 SMMLV
240 MEDICOS Y ODONTOLOGOS	300,000,000	10 %	3 SMMLV
PRIMA TOTAL			**$476,893**

Código de Clausulado que aplica: 01052004-1327-P-6-RC_023 Consulte este clausulado y la documentación necesaria para presentar una reclamación en la página www.segurosbolivar.com

(*) COP: Pesos Colombianos; USD: Dólares Americanos; SMMLV: Salario mínimo mensual legal vigente

MEDIOS DE PAGO

- Caja de la compañía

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

EN CASO DE SINIESTRO: Para el aviso de siniestro se dispone del correo electronico: indemnizacionessegurosgenerales@segurosbolivar.com; o puede comunicarse con la RED 322 opcion 1 opcion 5, desde un celular al #322 o desde un fijo al 018000123322.

$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	$400,750
IVA PRIMA:	$76,143
TOTAL A PAGAR:	**$476,893**
PERIODICIDAD DE PAGO:	ANUAL
PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA:	**$476,893**

NOTA IMPORTANTE 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.

Firma Representante Legal

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO

ACTIVIDAD ECONÓMICA ASEGURADA

MEDICO GENERAL

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

Identificación:

OBJETO

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DANO EMERGENTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

PROFESION :

MEDICO GENERAL

MODALIDAD DE COBERTURA:
ESTA PÓLIZA OPERARÁ SEGÚN EL SISTEMA GENERAL DE OCURRENCIA PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1131 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

AMPAROS ADICIONALES:		PORCENTAJE
RC PROFESIONAL	$ 300.000.000	100%
DEDUCIBLE	10% MINIMO 3 SMMLV.	
GASTOS DE DEFENSA	$150.000.000	50%
DEDUCIBLE	10% MINIMO 2 SMMLV.	

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

Póliza a la cual accede
N°:1510100033501

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MEDICOS/ODONTOLOGOS

01052004-1327-P-6-RC_023

CONDICIONES PARTICULARES

1. AMPAROS

SUJETO A LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA POLIZA Y DENTRO DEL MARCO DE LAS MISMAS, SE AMPARA:

1.1 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA COMO CONSECUENCIA DE ACTOS NEGLIGENTES, IMPERICIAS, ERRORES U OMISIONES EN QUE LLEGARE A INCURRIR MIENTRAS EJERCE SU ACTIVIDAD COMO MEDICO/ODONTOLOGO, SIEMPRE Y CUANDO ESTE LEGALMENTE HABILITADO PARA HACERLO.

ESTA COBERTURA INCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES Y OMISIONES PROFESIONALES COMETIDAS POR EL PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO, FAMARCEUTA, LABORATORISTA, DE ENFERMERIA Y/O ASIMILADOS QUE ESTEN AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISION DEL ASEGURADO.

1.2 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LOS DAÑOS CAUSADOS DURANTE LA SUSTITUCION PROVISIONAL QUE DEL ASEGURADO HAGA OTRO MEDICO DE LA MISMA ESPECIALIDAD Y QUE HAYA SEGUIDO LAS INDICACIONES / RECOMENDACIONES HECHAS POR EL ASEGURADO. NO SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROPIA DEL MEDICO SUSTITUYENTE.

1.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL COMO CONSECUENCIA DE LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL SUMINISTRO DE MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES Y QUE ESTEN DEBIDAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

NO QUEDA AMPARADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS ELABORADOS POR TERCEROS.

1.4 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE LA PROPIEDAD, POSESION O USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MEDICOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPIA, SIEMPRE Y CUANDO ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA.

ES NECESARIO EL ACUERDO EXPRESO PARA INCLUIR LOS SIGUIENTES EQUIPOS, CONSIDERADOS COMO RIESGOS ESPECIALES:

Seguros Comerciales Bolivar S.A.

VIGILADO

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR

* EQUIPOS DE RADIOGRAFIA CON FINES DE DIAGNOSTICO
* EQUIPOS DE RAYOS X
* EQUIPOS DE TOMOGRAFIAS POR ORDENADOR (SCANNER)
* EQUIPOS DE RADIACION POR ISOTOPOS
* EQUIPOS DE GENERACION DE RAYOS LASER
* EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIOACTIVAS NECESARIAS PARA SU FUNCIONAMIENTO, SIEMPRE Y CUANDO ESTOS MATERIALES Y EQUIPOS NO TENGAN CONTRATADO UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS NUCLEARES PREVISTO POR LA LEY.

EL ACUERDO DE INCLUSION DE LOS EQUIPOS DEBE CONTENER UNA DESCRIPCION E IDENTIFICACION DEL EQUIPO, ASI COMO EL COMPROMISO DEL ASEGURADO PARA OBLIGARSE A MANTENERLOS EN PERFECTAS CONDICIONES Y HACERLES EL MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DEL FABRICANTE.

EL ASEGURADO DEBE GARANTIZAR QUE SE MANTIENEN LOS EQUIPOS EN PERFECTAS CONDICIONES, QUE SE LES HACE EL MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DEL FABRICANTE, Y QUE SE EJERCE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, ADOPTANDO TODAS LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE SEAN NECESARIAS.

1.5 LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRATUAL DEL ASEGURADO PLO (PREDIOS, LABORALES Y OPERACIONES), POR LOS DAÑOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESION, USO DE LOS PREDIOS EN DONDE DESARROLLA SU ACTIVIDAD Y QUE APARECEN EN LA CARATULA DE LA POLIZA COMO PREDIOS ASEGURADOS.

1.6 LOS GASTOS DE DEFENSA EN EL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA POLIZA SE ENTENDERAN CUBIERTOS. LA COMPANIA SOLO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DE LOS COLEGIOS DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE PACTADO.

2. EXCLUSIONES

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA POLIZA EN NINGUN CASO AMPARA NI SE REFIERE A LAS SIGUIENTES RECLAMACIONES Y/O DAÑOS:

2.1 RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR EL EJERCICIO DE LA PROFESION MEDICA/ODONTOLOGICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O A LA TERAPIA.

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS 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.

Seguros Comerciales Bolivar S.A.
VIGILADO

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR

2.3 RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS O ATENCION POR PERSONAS QUE NO TIENEN UNA RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO O NO ESTAN AMPARADOS DE ACUERDO CON LA EXTENSION HECHA POR EL AMPARO 1.1.

2.4 RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ESTUPEFACIENTES, ALCOHOLICAS O NARCOTICAS.

2.5 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR CIRUGIA PLASTICA O ESTETICA, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS. EN ESTE ULTIMO EVENTO, EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION.

2.6 RECLAMACIONES RELACIONADAS CON TRATAMIENTOS DESTINADOS A IMPEDIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACION, (COMO POR EJ: ESTERILIZACION, FERTILIZACION IN VITRO, ABORTO) AL IGUAL QUE LOS PERJUICIOS FINANCIEROS O ECONOMICOS COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACION DE CUALQUIERA DE ESTOS SERVICIOS, COMO POR EJ, EL PAGO DE GASTOS DE MANUTENCION.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION NECESARIA Y PATOLOGICAMENTE INDICADA.

2.7 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISION DE DICTAMENES PERICIALES, VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO A UN PACIENTE.

2.8 RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS O RELACIONADAS CON MANIPULACIONES GENETICAS.

2.9 RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DEL TIPO VIH (SIDA) O HEPATITIS C.

2.10 RECLAMACIONES COMO CONSECUENCIA DE LA TRANSFUSION DE SANGRE CONTAMINADA, A MENOS QUE EL ASEGURADO COMPRUEBE QUE CUMPLIO CON TODOS LOS REQUISITOS NECESARIOS Y APLICABLES SEGUN EL ESTADO DE ARTE VIGENTE EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO.

2.11 RECLAMACIONES RELACIONADAS CON LA OPERACION DE BANCOS DE SANGRE. EN CASO DE TRANSFUSIONES SANGUINEAS INDIVIDUALES, QUEDAN EXCLUIDAS LAS RECLAMACIONES A CONSECUENCIAS DE LA TRANSFUSION DE SANGRE CONTAMINADA, A MENOS QUE EL ASEGURADO COMPRUEBE QUE CUMPLIO CON TODOS LOS REQUISITOS NECESARIOS Y APLICABLES SEGUN EL ESTADO DE ARTE VIGENTE EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

2.12 DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

2.13 RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

2.14 RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA NO FUE APLICADA POR UN ESPECIALISTA EN UNA CLINICA/HOSPITAL ACREDITADOS PARA ESTO.

2.15 RECLAMACIONES POR GASTOS MEDICOS EN LOS QUE INCURRA EL PROPIO ASEGURADO.

2.16 RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTIA DE LA INDEMNIZACION.

3. DEFINICION DE SINIESTRO

Para los efectos del presente seguro, se entiende por siniestro el hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido durante la vigencia de la póliza y cuyas consecuencias sean reclamadas al asegurado o a la compañía aseguradora de manera fehaciente y por vía judicial o extrajudicial, durante la vigencia de la póliza o dentro de un plazo máximo de dos (2) anos, contados a partir de la terminación de la vigencia anual de la misma.

4. LIMITE DE COBERTURA

4.1 LIMITE TEMPORAL

La cobertura del presente seguro no ampara ni se refiere a hechos por los que se puede imputar una responsabilidad al asegurado ocurridos antes de la vigencia de la presente póliza, aun cuando la reclamación por las consecuencias de tales hechos se presente durante la vigencia.

4.2 LIMITE TERRITORIAL

La cobertura del presente seguro se refiere única y exclusivamente a actividades realizadas bajo la legislación colombiana, llevadas a cabo en el territorio nacional y relacionadas con riesgos realizados en este.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR

5. DEDUCIBLE

El deducible convenido se aplicara a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

6. OBLIGACIONES

6.1 El asegurado se obliga a notificar a la compañía las modificaciones de los supuestos en que ha sido otorgado el presente seguro y que puedan agravar el riesgo tan pronto como las conozca.

6.2 El asegurado debe notificarle a la compañía, en forma inmediata, la presentación de cualquier demanda en su contra, sea judicial o extrajudicial y que este relacionada con su actividad profesional.

7. NULIDAD Y TERMINACION

Adicionales a las causales establecidas en la ley este seguro se terminara automáticamente en el momento en que el asegurado sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad.

En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del asegurado, el seguro se terminara automáticamente para estas personas, las cuales se consideraran excluidas de la cobertura.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

VIGILADO

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN

C.C. 22.562.828

por haber asistido y aprobado el curso:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género.

Realizado **del 5 al 7 de Diciembre de 2022.**
con una intensidad académica de **40 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019, y lo exigido en la Ley 1146 del 2007 y Res. 0459

Javier Alfaro Roa	Regina Ortega Gual	Alfredo Bolívar Tavera
DIRECTOR ACESS	**PSICÓLOGA**	**MÉDICO PERITO**

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN

C.C. 22.562.828

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA – SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado **del día 2 al 4 de Diciembre de 2022.**
con una intensidad académica de **48 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 Y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co