CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA PROFESIONALES INDEPENDIENTES

DATOS DEL CONTRATANTE								
NIT	Razón Social							
900.204.617-5	MEDICUC IPS							
DATOS DEL CONTRATISTA								
NIT	Nombres y Apellidos o Razón Social							
13.721.665	JULIAN ALONSO GAONA ARIAS							
Ciudad Contratación	Dirección Domicilio				Teléfono Fijo	Celular		
CUCUTA	CARRERA 27ª # 15-01					3005529442		
Duración	Ejecución Contractual	Por Terapia	X	Valor Ejecución Contractual	Valor Total Contrato	Fecha Inicio	Fecha Final	
1 año		Por Mes		$25.000 POR CONSULTA	indeterminada	15/11/2018	14/11/2019	
Periodicidad Pago	Monto Póliza Responsabilidad Civil			$200.000.000	Este contrato tiene pactada Prórroga Automática		SI	
Mensual	Monto Póliza de Cumplimiento			10% del Contrato				

Soportes Para Que Proceda el Pago

1. Presentación de la oferta mensual de actividades, horas ofertadas y calendario de ejecución
2. Presentación del pago al sistema de seguridad social, de acuerdo a la legislación vigente.
3. Presentación de la factura o cuenta de cobro con el detalle de las actividades ejecutadas y cobradas.
4. Tener vigente la póliza de responsabilidad civil y de cumplimiento, en la presentación de la factura.
5. Las cuentas de cobro se presentarán con todos los documentos anteriormente descritos en un plazo máximo de 30 días posteriores a la finalización de la prestación y el pago procederá 60 días después de dicha radicación.

Objeto del Contrato Prestación de Servicios Profesionales

Prestar los servicios como MEDICO INTERNISTA, con una oferta de $25.000= por consulta realizada, de acuerdo con la disponibilidad del contratista.

Entre los suscritos a saber FABIO RENE RINCON NAVARRO, mayor de edad, identificada como aparece a pie de su firma, actuando en nombre y representación legal del CONTRATANTE, por una parte y por la otra parte el CONTRATISTA, mayor de edad, identificado como aparece a pie de su firma, quien actúa en su propio nombre, declaramos que de común acuerdo se ha convenido celebrar el presente Contrato de Prestación de servicios Profesionales, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA**.- OBJETO: EL CONTRATISTA se compromete directamente o por intermedio de otro profesional de las mismas calidades con EL CONTRATANTE a la prestación de servicios ofertados en el objeto del contrato de prestación de servicios profesionales, de conformidad con los reglamentos y los protocolos técnicos aplicables a la profesión, observando en su desempeño el cuidado y diligencia necesarios. Por tratarse de servicios regulados por la normatividad nacional vigente en salud se realizarán y entregarán los registros de atenciones en salud aplicables a la profesión de acuerdo con la normatividad nacional vigente y a los formatos, periodicidades, medios y plazos establecidos por el CONTRATANTE para cada profesión en salud. **SEGUNDA**.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. Deberá desarrollar en forma eficiente y correcta la prestación de servicios objeto del presente contrato, teniendo en cuenta la buena praxis médica, y la normatividad vigente que reglamenta el sistema de seguridad social en salud, y de manera especifica las siguientes: 1. Prestación de servicios profesionales de acuerdo con la oferta mensual de actividades 2. Cumplimiento y adherencia a los protocolos y guías de manejo generales y específicos de su profesión establecidos por la normatividad en salud vigente. 3. Dar cumplimiento al Sistema de Vigilancia en Salud Pública. 4. EL CONTRATISTA puede enviar a un tercero para que cumpla con el objeto del contrato, siempre y cuando detente las mismas calidades científicas y profesionales del CONTRATISTA, para el efecto deberá informar con antelación de tres (3) días y por escrito al CONTRATANTE, remitiendo la hoja de vida del profesional que prestaría el servicio, teniendo en cuenta que por legislación se debe confirmar las calidades profesionales. 5. Prestar el servicio contratado en las instalaciones acordadas entre las partes de acuerdo a la oferta presentada. 6. Para el pago deberá presentar copia de los aportes al sistema General de Seguridad Social en Salud con una cotización mínima del 40% sobre el valor mensual del contrato. Además de los demás requisitos establecidos en la sección "Soportes Para Que Proceda El Pago". 7. Comportamiento ético regido por su profesión, aplicando la legislación vigente en relación con la protección de datos y en particular sobre los datos semiprivados, privados y sensibles de los pacientes que atiende en la ejecución del contrato 8. Mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso del CONTRATANTE, en relación con el desarrollo de su profesión y de la prestación del servicio. 9. Dar cumplimiento a la oferta mensual o según periodicidad del contrato, de las actividades ofertadas. 10. Diligenciar los registros de las actividades ejecutadas, tales como historia clínica, ordenamientos de medicamentos, notas de enfermería, etc, de acuerdo a la normatividad vigente en salud y con la independencia objetiva del criterio profesional en el ejercicio de su profesión liberal 11. Respetar y hacer Respetar los Derechos del Usuario. 12. Reportar oportunamente

clínica, ordenamientos de medicamentos, notas de enfermería, etc, de acuerdo a la normatividad vigente en salud y con la independencia objetiva del criterio profesional en el ejercicio de su profesión liberal 11. Respetar y hacer Respetar los Derechos del Usuario. 12. Reportar oportunamente los eventos de notificación obligatoria, de acuerdo a los protocolos, guías de manejo y alertas epidemiológicas. 13. Por ser este servicio relacionado con la salud de las personas, asistir oportunamente por sí o por interpuesto profesional a los llamados que se hagan de tipo medico asistencial, ya que la inasistencia que genere inconvenientes de tipo médico legal será de su plena responsabilidad. 14. Por tratarse de servicios prestados en Instituciones prestadoras de salud, respetar las normas de convivencia, salud pública y en particular el consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias alucinógenas. 15. Tener en cuenta y dar cumplimiento a la normatividad del código de ética correspondiente a la profesión, así como mantener vigentes los registros de habilitación para el ejercicio de la profesión y/o especialidad en el territorio nacional de acuerdo con la normatividad vigente. 16. Realizar vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo de acuerdo a su profesión. 17. El CONTRATISTA responderá por las fallas de sus procedimientos por la falta de la debida diligencia y cuidado que rige el ejercicio ético de su profesión, así como las fallas en los registros de sus actividades basado en los requerimientos de la normatividad vigente del sistema de seguridad social en salud, que acarreen glosas efectivas para EL CONTRATANTE. 18. Presentar la factura o cuenta de cobro de los servicios prestados de acuerdo a los cortes establecidos por el CONTRATANTE con los soportes correspondientes. 19. Responder por los daños o pérdidas causados en los equipos que se ocasionen por negligencia, por acción u omisión imputables al CONTRATISTA. 21. Informar al CONTRATANTE respecto de cualquier evento que pueda afectar la prestación del servicio. 22. La responsabilidad por la calidad de los trabajos o servicios y productos objeto de este contrato corresponde única y exclusivamente al CONTRATISTA, y cualquier supervisión, revisión, comprobación o inspección que realice el CONTRATANTE ó sus representantes sobre las actividades, procesos, productos, actualizaciones, migraciones, y demás elementos propios del contrato, a ser implementados, desarrollados, realizados o entregados por el CONTRATISTA, no eximirá a éste de su responsabilidad por el debido cumplimiento de las obligaciones que emanen del contrato. El CONTRATANTE, tendrá 30 días contados a partir de la radicación de la factura o cuenta de cobro donde se cobra la actividad o entregables, para emitir observaciones debidamente soportadas o para indicar si la actividad realizada o el producto entregado están a satisfacción del CONTRANTE, de conformidad con lo estipulado en el contrato. El COTRATISTA, deberá rehacer a su costa los trabajos o servicios mal ejecutados o los productos entregables a los que el CONTRATANTE en el término que este indique, sin que ello implique modificación al plazo del contrato o al programa de trabajo, salvo que se acuerde algo diferente en documento escrito y firmado por las partes. Si finalizado el plazo antes mencionado, el CONTRATISTA se abstiene de ejecutar las actividades o entregar los productos conforme a las observaciones del CONTRATANTE, se entenderá que las actividades o productos no fueron recibidos a satisfacción, y que hay un incumplimiento contractual. Cuando el contratista se negare a rehacer los trabajos o servicios mal ejecutados, o a corregir los productos entregables a los cuales el CONTRATANTE hubiere formulado observaciones, o no rehiciere los trabajos o servicios o entregare los productos en forma aceptable para el CONTRATANTE en el término concedido para ello, las partes en el desarrollo del principio de la autonomía de la voluntad privada facultan al CONTRATANTE a realizar u obtenerlos directamente o contratando a terceros. En este evento el CONTRATANTE cobrará al CONTRATISTA el costo de los trabajos o servicios que tuvo que efectuar o de los productos que tuvo que obtener directamente o a través de terceros, más un 2% sobre s valor total, por concepto de gastos de administración. Ello no implica que el CONTRATANTE releve al CONTRATISTA de su obligación y de la responsabilidad de su correcta ejecución del objeto del contrato. 23. A guardar estricta reserva y debida custodia de toda la información que llegue a su conocimiento en razón de la ejecución de las actividades contratadas, observando todas las normas relacionadas con la protección de datos expedidas por el Gobierno Nacional y en particular con el tratamiento de datos sensibles relacionados con la historia clínica de los usuarios atendidos en virtud de la ejecución de las actividades contratadas al CONTRATISTA; así mismo custodiar y asegurar la reserva de los secretos profesionales, industriales o comerciales del CONTRATANTE o que sea de naturaleza reservada o cuya comunicación pueda causar perjuicio al CONTRATANTE. **TERCERA.-** VALOR Y FORMA DE PAGO. EL CONTRATANTE cancelará al CONTRATISTA en la periodicidad de pago convenida en el cuerpo de este contrato, el valor correspondiente a: a)- Si la ejecución contractual se pactó por horas, se calculará multiplicando el valor ejecución contractual por el de horas efectivamente ejecutadas, reportadas en el informe mensual de actividades ejecutadas. b)- Si la ejecución contractual se pactó por mes, se pagará el valor ejecución contractual; siempre y cuando en el informe mensual de actividades ejecutadas, se haya dado cumplimiento al 100% de las actividades ofertadas. **CUARTA.-** OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE. Se obliga a: 1. Cancelar el valor del contrato de conformidad con la forma de pago pactada. 2. Prestar asistencia y colaboración para el cabal cumplimiento del objeto del contrato. 3. Las demás que se desprenden de la ejecución del contrato. **QUINTA.-** DURACION. El término de duración del presente contrato será el periodo comprendido entre la fecha inicio y la fecha

final establecido en este contrato. En caso de haberse pactado prórroga se realizará por periodo igual al establecido por el periodo comprendido entre la fecha inicio y fecha final del contrato. Si se pacta prórroga automática no obliga a ninguna de las partes a dar aviso previo para interrumpir la prórroga automática. **SEXTA.-** CLAUSULA PENAL. EL CONTRATANTE impondrá al CONTRATISTA, una sanción penal pecuniaria del 10% del valor de este contrato, por el incumplimiento total o parcial de sus obligaciones descritas en el presente contrato. **SEPTIMA.-** TERMINACION DEL CONTRATO. Serán causales de terminación unilateral por parte del CONTRATANTE, las siguientes: 1. Por vencimiento del termino pactado. 2. El incumplimiento por parte del CONTRATISTA de algunas de las obligaciones descritas en el presente contrato. 3. Cualquier clase de falta que atente contra los intereses del CONTRATANTE. 4. Por incumplimiento de las actividades aquí contratadas. 5. El suministro de información o documentos falsos por parte del CONTRATISTA al CONTRATANTE para hacerse acreedor del presente contrato. 6. Por la presentación de quejas o reclamos de los usuarios de los servicios en salud, relacionados con la falta de la debida diligencia, ética profesional o maltrato ocasionado por el CONTRATISTA. 7. Violar cualquiera de las disposiciones establecidas por la legislación vigente y EL CONTRATISTA acerca de la confidencialidad y protección de datos. 8. Ingresar a las instalaciones del CONTRATANTE sin observar las medidas de seguridad y protección establecidas por el CONTRTANTE para el ingreso general a las áreas en las cuales deba tener acceso el CONTRATISTA para dar cumplimiento a las actividades que se le han contratado. **OCTAVA.-** TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO. Este contrato termina en forma anticipada: 1. Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual debe constar por escrito. 2. Por razones de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados que imposibiliten la ejecución del objeto. 3. En forma unilateral por incumplimiento de las obligaciones contenidas en este contrato. 4. Por la terminación del contrato suscrito entre el CONTRATANTE y la EPS o la empresa administradora del plan de beneficios, que dio origen al presente contrato o por el cierre obligatorio de servicios ordenado por vía judicial o las entidades de vigilancia y control. 5. Por incumplimiento del CONTRATISTA en la vigencia de las pólizas vigentes durante la duración del contrato. **PARAGRAFO:** En cualquier momento de la ejecución del contrato y con una antelación no menor a quince (15) días, el contratante podrá dar por terminado el contrato. Esta forma de terminación de Contrato, no genera indemnización a favor o a cargo de ninguna de las partes. **NOVENA.-** CONSECUENCIAS DE LA TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO. La terminación anticipada del contrato con base en las causales enlistadas en la cláusula anterior no origina el reconocimiento o compensación alguna. Pero si la terminación se presenta en virtud de incumplimiento por parte del CONTRATISTA este deberá pagar al CONTRATANTE la cláusula penal prevista en la cláusula SEXTA que se imputara a título de perjuicios. **Parágrafo:** El valor de la sanción penal a favor del CONTRATANTE se podrá tomar directamente de los saldos que existan a favor del CONTRATISTA; pero si esto no fuere posible, se acudirá a la vía judicial para su cobro. **DECIMA.-**CESION. EL presente contrato podrá cederse por el CONTRATISTA, con el consentimiento previo y manifiesto del CONTRATANTE. **DECIMA PRIMERA.-** MODIFICACIONES. Este contrato está sujeto a las modificaciones que estipulen las partes, las cuales constaran por escrito. **DECIMA SEGUNDA.-** EXCLUSION DE RELACION LABORAL. Teniendo en cuenta la naturaleza del contrato civil de prestación de servicios profesionales que se rige por el artículo 1495 del Código Civil Colombiano, el presente contrato no genera ningún tipo de relación laboral entre las partes. **DECIMA TERCERA.-** INDEMNIDAD. EL CONTRATISTA mantendrá indemne al CONTRATANTE, contra todo reclamo, demanda, acción legal o costos que puedan causarse o surgir por daños, o lesiones a personas, o a bienes ocasionados por el CONTRATISTA, o por quien ejecute las obligaciones de este contrato, en caso de que se formule reclamo, demanda o acción legal contra el CONTRATANTE, por asuntos que según los contratos sean de responsabilidad de EL CONTRATISTA, se le comunicara lo más pronto posible de ello para que de su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al CONTRATANTE. En relación con la confidencialidad y protección de datos establecida por la legislación colombiana vigente, el CONTRATISTA declara que conoce, comprende y se compromete a mantenerse actualizado en lo pertinente a la normatividad vigente en protección de datos, por lo tanto acepta y asume todo daño y perjuicio que cause por violación y divulgación de información privilegiada, semiprivada, privada o sensible que como consecuencia de la ejecución de este contrato llega a conocer de clientes, proveedores y de otros contratistas, manteniendo la indemnidad del CONTRATANTE por los daños y perjuicios que se causen o las demandas que se deriven por la violación por parte del CONTRATISTA de la Ley de Protección de datos. Para los efectos del presente contrato se define como información confidencial toda aquella información que con ocasión de las actividades contratadas se le ha puesto al conocimiento del CONTRATISTA, puede ser asistencial en salud, técnica, financiera, comercial, estratégica y cualquier información relacionada con las operaciones de negocios presentes y futuros, o condiciones financieras, bien sea que dicha información sea escrita, oral, o visual, magnética, complementariamente, incluyendo las bases de datos con información de datos personales o empresariales a las que accede el CONTRTISTA en el desarrollo del objeto de este contrato. El CONTRATISTA se obliga a no copiar, editar, transforma, extraer, revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o utilizar para sí o para otra persona natural o jurídica, la información que le ha sido entregada con ocasión de

las actividades contratadas o aquella a la que haya tenido acceso por cualquier causa incluyendo las bases de datos con información de datos personales o empresariales a las que accede el CONTRATISTA en el desarrollo de las actividades contratadas. **CIMA CUARTA.-** SEGURIDAD SOCIAL. EL CONTRATISTA, se compromete a afiliarse al sistema de seguridad social (Salud, Pensión y Riesgos Laborales) y realizar las cotizaciones como contratista independiente al Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme a la normatividad vigente. **DECIMA QUINTA.-** GARANTIA. EL CONTRATISTA, se compromete a constituir a favor del CONTRATANTE, una garantía única que avalará el cumplimiento de las obligaciones emanadas de este contrato. Dicha garantía consistirá en la constitución de una Póliza de responsabilidad civil y de cumplimiento por el monto establecido en el presente contrato, expedida por una Compañía de Seguros, legalmente establecida en Colombia, con una vigencia igual a la duración del contrato. Para el efecto deberá presentar copia del respectivo recibo de pago. **DECIMA SEXTA.-** Las partes manifiestan que no reconocerán válidas las estipulaciones verbales relacionadas con el presente contrato, el cual constituye un acuerdo completo y total acerca de su objeto que reemplaza y deja sin efecto alguno cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad. **DECIMA SEPTIMA.-** DOMICILIO CONTRACTUAL: Los contratantes convienen que el domicilio contractual para todos los efectos legales, es en la ciudad de FLORIDABLANCA donde se surtirán las actuaciones administrativas y/o judiciales a que haya lugar. **DECIMA OCTAVA.-** SOLUCION DE CONFLICTOS: Toda controversia o diferencia relativa a este contrato y a su ejecución y liquidación, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento designado por la Cámara de Comercio de Bucaramanga que se sujetará a lo dispuesto en la Ley, y demás normas complementarias de acuerdo a las siguientes reglas: a) El Tribunal estará integrado por 1 árbitro. B) La organización interna del Tribunal se sujetará a las reglas previstas para tal efecto por el Centro de Arbitraje y Conciliación mercantiles. c) El Tribunal decidirá en derecho. d) El Tribunal funcionará en el Centro de Arbitraje y Conciliación mercantiles de la Cámara de Comercio de Bucaramanga. **DECIMA NOVENA.-** PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN: El presente contrato se perfecciona con las firmas de las partes intervinientes. Se termina y firma una vez leído y aprobado por las partes

El contratante,

FABIO RENE RINCON NAVARRO
C.C. 91.480.871 Expedida Bucaramanga

El contratista,

Nombre:
C.C: 13721166

minerva 10-03

Hoja de vida LA ORIGINAL Minerva 1903

SIEMPRE AL DIA!®

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en computador.

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo
23 / NOV / 2017	Medico Internista	

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Goano Arco	Juan Alonso

Lugar y fecha de nacimiento: Güepsa 24 de Julio 1974

Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
Cr. 27a N. 15-01 Bloque 2 apto 401	Floridablanca

Teléfono	No. Celular
3005529442 - 6051335	3005529442

Correo electrónico	Nacionalidad
Julgco01@hotmail.com	Colombiano

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Medico Internista	Casado	14 años

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: X / Extranjería:	No. 13721166 / Expedida en: Bucaramanga	(**) Libreta militar No. 790724083 28 / Distrito No. 32	Primera clase: X / Segunda clase:

Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción No.	Categoría
13392	Sí X No		

II. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Sí X No	ISABU	Empleado / Independiente X	

¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha (D / M / A)	¿Lo recomienda alguien de esta empresa?	Nombre / Dependencia
Sí No X	Sí No X		Sí No X	

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?	
Sí / No X		Anuncio / Por medio de agencia	Amigo X / Otro / ¿Cuál?

¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?
Bucaramanga	Mainder Bucaramanga Floridablanca	Sí / No

Vive en casa: ¿Propia? / ¿Familiar? / ¿Alquilada? X	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
	Carvajal		

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
Sí / No X		$ 14'000.000

¿Por qué conceptos?	¿Cuanto es su aspiración salarial?
V	$ 2'000.000

¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte?	¿Cuál(es)?
Deporte.	Sí X No	RCV

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.?
Sí / No X ¿Cuál(es)?

¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.?
Sí / No X ¿Cuál(es)?

OBJETIVO Mencione brevemente qué expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique cómo planea hacerlas realidad.

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

REV. 04-2016

14258447

7 702124 007813 >

III. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o): Ingrid A. Rodriguez Rojas	Profesión, ocupación u oficio: Ing. Biomedico	Empresa donde trabaja: —	
Cargo actual: —	Dirección: —	Teléfono: —	Ciudad: —
No. de personas que dependen económicamente del solicitante: 3	Parentesco: Esposa e hijos	Edades: 39, 8, 4	
Nombre(s) padre(s): Alfonso Goona	Profesión, ocupación u oficio: Pensionado	Teléfono(s): 3002175866	
Sonia Rios de Goona	Docente Escolar.	3005102723	
Nombre(s) hermano(s): Juan Diego Goona	Profesión, ocupación u oficio: Medico veterinario.	Teléfono(s): 3144909799	
—	—	—	

IV. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato: Clásico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior: Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☒	2013	6	Medico	Universidad Nacional	Bogotá
Posgrados	2016	3	Medico Internista	Universidad de Caldas	Manizales.
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Sí ☐ No ☐	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐	

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R** - Regular, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

Sistemas Sí ☐ No ☒	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB			
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB			
Idiomas		Lectura			Escritura			Habla			
Sí ☐ No ☒	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUÉ CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUÉ ÁREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS (*)

AGRICULTURA ☐	Metalurgia ☐	FINANCIERO ☐	
GANADERÍA / AVICULTURA ☐	Maquinaria ☐	INMOBILIARIO ☐	
MINERÍA ☐	Automotores ☐	INFORMÁTICO ☐	
HIDROCARBUROS ☐	Muebles ☐	SALUD ☒	
INDUSTRIA ☐	Reciclaje ☐	EDUCACIÓN ☐	
Alimentos y Bebidas ☐	OTROS (¿Cuáles?) ☐	SEGUROS ☐	
Tabaco ☐	—	TURISMO / RECREACIÓN ☐	
Textiles y Confecciones ☐	—	OTROS SERVICIOS ☐	
Cuero y Calzado ☐	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA ☐	Asesorías Profesionales ☐	
Papel y Carton ☐	CONSTRUCCION ☐	Servicios Temporales ☐	
Editorial y Artes Gráficas ☐	COMERCIO ☐	Seguridad Vigilancia ☐	
Químico y Farmacéutico ☐	HOTELES Y RESTAURANTES ☐	OTROS SECTORES ☐	
Caucho y Plástico ☐	TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO ☐	—	
Vidrio, Cerámica y Cemento ☐	COMUNICACIONES ☐	—	

ÁREA DE LA EMPRESA

Administración ☐	Personal ☐	
Auditoría ☐	Sistemas ☐	
Bodega ☐	Tesorería ☐	
Compras ☐	OTRAS (¿Cuáles?) ☐	
Contabilidad ☐	—	
Costos ☐	—	
Crédito y Cobranzas ☐	—	
Diseño ☐	—	
Finanzas ☐	—	
Gerencia General ☐	—	
Impuestos ☐	—	
Mercadeo ☐	—	
Producción ☐	—	
Publicidad ☐	—	

minerva

(*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas para Colombia DANE

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
ISABU	Hospital local del norte	

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Gloria Arcos	Practicante Hospital	D 01 M 02 A 2017	D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
10	$ 10'000000	$10'000000	—

Funciones realizadas

Asesoria redes internas.

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [X] ¿Cuál? Horas.

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [X] — Jornada: Diurna [X] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
		D M A	D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	$	$	

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [ ] ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] — Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
		D M A	D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	$	$	

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [ ] ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] — Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente está afiliado)

¿Entidad promotora de salud (EPS)? Si [ ] No [ ]	¿Fondo de pensiones? Si [ ] No [ ]	¿Fondo de cesantías? Si [ ] No [ ]
¿Cuál?	¿Cuál?	¿Cuál?
Fecha de afiliación: Cotizante [ ] Beneficiario [ ]	Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:

Si desea diligenciar este formato en computador, baje GRATIS en www.formasminerva.com el aplicativo, e imprimalo despreendiendo las hojas por esta perforación

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Cesar Gonzalez	Medico urologo		3133953119
2.-	Juan pablo Moncada	Medico urologo		3133346385

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
3.-	Ingrid A Rodriguez R.	—	Cr. 27 aN 15-01	3005529675

Verificación *(Espacio exclusivo para el empleador)*

1.-

2.-

3.-

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. Marque con una X: X

Bajo gratis el archivo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com

Ingrese su Hoja de Vida en: ALIADO LABORAL .COM www.aliadolaboral.com

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos. gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

C.C. 13721166

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
	Día	Hora	Asistió a entrevista Sí	Asistió a entrevista No	Hora de Llegada
1.-					
2.-					

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, **R** - Regular, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

Aspectos	Primer Entrevistador R	B	MB	Segundo Entrevistador R	B	MB	Aspectos	Primer Entrevistador R	B	MB	Segundo Entrevistador R	B	MB	Otros aspectos
Puntualidad	R	B	MB	R	B	MB	Desempeño en cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Presentación	R	B	MB	R	B	MB	Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Aspectos de vigor y salud	R	B	MB	R	B	MB	Se ajusta al perfil	R	B	MB	R	B	MB	
Facilidad de expresión	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador

Segundo entrevistador

Candidato seleccionado definitivamente Sí ☐ No ☐

Candidato elegible próximamente Sí ☐ No ☐

Contrátese a partir del	Sueldo $
Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JULIAN ALONSO GAONA ARIAS

C.C o C.E 13721166

Profesión u Ocupación
MEDICO CIRUJANO

Especialidad
MEDICINA INTERNA



Institución de Educación
U. NACIONAL DE COLOMBIA

Ciudad BOGOTA D.C.

Fecha de expedición diploma 17/12/2003

Fecha de inscripción RETHUS 17/04/2017

CMC2017-22561

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento publico y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 18 C # 121-40 Ofc. 201 info@colegiomedicocolombiano.org

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro No.

68 13392/ 2004

Firma Médico

Nombres y Apellidos

JULIAN ALONSO GAONA ARIAS

C.C. o C.E. De

C 13721166 BUCARAMANGA

Universidad Ciudad

NACIONAL DE COL BOGOTA

Código 42045/01 Fecha de Expedición 04/04/05

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD AL DECRETO No. 1461 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992
SI ESTA TARJETA SE ENCONTRARA FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

GOBERNACIÓN DE SANTANDER

SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER

RESOLUCION No. № 13392

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

16 NOV. 2004

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de las atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 001875 de Agosto 3 de 1994.y.

CONSIDERANDO

Que JULIAN ALONSO GAONA ARIAS identificado (a) con la Cedula de Ciudadania No. 13.721.166 de BUCARAMANGA , ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como MEDICO CIRUJANO .

Titulo que le otorgó, LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA , de 17 DE DICIEMBRE DE 2003.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en LA I.P.S. CENTRO DE SALUD LOS SANTOS desde el 01 DE MARZO DE 2004 hasta el 10 DE OCTUBRE DE 2004.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a, JULIAN ALONSO GAONA ARIAS identificado (a) con la Cedula de Ciudadania No. 13.721.166, de BUCARAMANGA , para ejercer la profesion de MEDICO CIRUJANO , en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Original Firmado por:
Ricardo Florez Rueda
Secretario de Salud
Departamental

16 NOV. 2004

RICARDO FLOREZ RUEDA
Secretario de Salud Departamental

Elaboró: Ana Victoria Merchán C.
Revisó: Victor Guillermo Taboada Acuña

EL JEFE DE LA DIVISION ACREDITACION VIGILANCIA Y CONTROL.

C E R T I F I C A :

Que JULIAN ALONSO GAONA ARIAS identificado (a) con cedula de ciudadania numero 13.721.166 expedida en BUCARAMANGA se encuentra registrado segun Resolucion No. 13442 de 16 DE NOVIEMBRE DE 2004, SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER la cual autoriza el ejercicio de la profesión en todo el Territorio Nacional.

Inscrito (a) ante esta Secretaría bajo el No.31 , folio 20, libro. 14 de MEDICO CIRUJANO , fecha de inscripción 23 DE NOVIEMBRE DE 2004.

Se adhieren y se anulan estampillas de. ELECTRIFICACION RURAL DE $550, PRO-U.I.S. DE $ 6.600 PRODESARROLLO DE $2.200 PROCULTURA $1.100 Y PRO ANCIANO $2.200 PRO HOSPITAL $1.100.

Expedida en Bucaramanga a los 26 DE NOVIEMBRE DE 2004

VICTOR GUILLERMO TABOADA ACUÑA

Ana Victoria Marchan C.

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

13721166

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	13721166	JULIAN	ALONSO	GAONA	ARIAS	Ver

Información Detallada [CC: 13721166] JULIAN ALONSO GAONA ARIAS

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Titulo*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	2017/2/24	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2004/11/16	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).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **13.721.166**

GAONA ARIAS

APELLIDOS

JULIAN ALONSO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUL-1979**

GUEPSA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-AGO-1997 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2708200-00268720-M-0013721166-20101201 **00250**71695A 1 32743289

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Numero de formulario: 14406838690

(415)7707212489984(8020) 000001440683869 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 3 7 2 1 1 6 6 – 5

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico: 4

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida	2 Cédula de ciudadania	1 3 1 3 7 2 1 1 6 6	1 9 9 7 0 8 2 8

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9 Santander	6 8 Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GAONA	ARIAS	JULIAN	ALONSO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9 Santander	6 8 Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal: CR 27 A 15 01 BL 2 AP 401

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
julgao01@hotmail.com		6 0 5 7 3 3 5	3 0 0 5 5 2 9 4 4 2

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
8 6 2 1	2 0 0 6 1 1 2 9	7 4 9 0	2 0 0 7 0 9 0 6	7 2 1 0		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	1	2		5																						

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 3 0 6

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: GAONA ARIAS JULIAN ALONSO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20.11.2017 07:45:20PM

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Bucaramanga	26	4008	26170098175	26170098175002

Liberty Seguros S.A.

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD

CERTIFICADO DE: MODIFICACIÓN

Tomador:	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA			Ident. / T.I.	890300625 NIT
Teléfono Tomador:	3330000				
Responsable de pago:	JULIAN ALONSO GAONA ARIAS			Ident. / T.I.	13721166 CC
Asegurado:	JULIAN ALONSO GAONA ARIAS			Ident. / T.I.	13721166 CC
Teléfono Asegurado:	3005529442	Correo Electrónico:	JULGAO01@HOTMAIL.COM		
Beneficiario:	TERCEROS RECLAMANTES			Ident. / T.I.	1 CC
Teléfono Beneficiario:		Correo Electrónico:			

Vigencia Póliza (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2017	Hasta 00:00	31/07/2018	Vigencia Certificado (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	03/01/2018	Hasta 00:00	31/07/2018

UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Dirección:	CRA 27A 15 01 BQ 2 APTO 401			Teléfono:	3005529442
Ciudad:	FLORIDABLANCA	Departamento:	SANTANDER	Ident.	13721166
Nombre:	JULIAN ALONSO GAONA ARIAS				

Especialidad: ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA, COLOPROCTOLOGIA, CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, DERMATOLOGÍA, ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, ENFERMEDADES VASCULARES, EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA, EPIDEMIOLOGIA GENERAL, GASTROENTEROLOGÍA, GLAUCOMA, HEMATOLOGÍA, HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGIA, IMAGENOLOGIA ONCOLÓGICA, KINESIÓLOGO, MEDICINA AEROSPACIAL, MEDICINA DE EMERGENCIAS, MEDICINA DEL DEPORTE, MEDICINA DEL DOLOR, MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN, MEDICINA FORENSE, MEDICINA GENERAL, MEDICINA INTERNA, MEDICINA NUCLEAR, MEDICINA OCUPACIONAL, MEDICINA PSICOSOMÁTICA, MEDICINA MATERNO FETAL, NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA, OBSTETRICIA, OFTALMOLOGÍA, ONCOLOGÍA, ORTOPEDIA, OTOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, PEDIATRÍA, PSIQUIATRÍA, REUMATOLOGÍA, RINOLOGÍA, TOXICOLOGÍA, PROSTODONCIA, PRÓTESIS DENTOBUCOMAXILAR, REHABILITACIÓN ORAL, ENFERMERÍA CARDIORRESPIRATORIA, ENFERMERÍA MATERNA PERINATAL, ENFERMERÍA NEUROLÓGICA, ENFERMERÍA ONCOLÓGICA, ENFERMERÍA PEDIÁTRICA, CUIDADO CRÍTICO, CUIDADO RESPIRATORIO, ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA, BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO, FISIOTERAPIA – KINESIOLOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, MEDICINA GENERAL, ALERGIA E INMUNOLOGÍA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD, ANATOMÍA PATOLÓGICA, DIABETO LOGIA, ENDOCRINOLOGÍA, ERGONOMÍA, FISIATRÍA, FISIOTERAPEUTA, FONOAUDIÓLOGO, INFECTO LOGIA, PATOLOGÍA, SALUD OCUPACIONAL, TERAPIA MIOFUNCIONAL ORO FACIAL Y DISFAGIA, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, VETERINARIA

DETALLE AMPAROS, VALORES ASEGURADOS, SUB LIMITES Y DEDUCIBLES

Plan Contratado: PLAN UNICO

AMPARO	LIMITE Y/O SUBLIMITE DE VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE Valor – Variable / Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	$ 200.000.000	
RESPONSABILIDAD CIVIL USO DE EQUIPOS MEDICOS	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
RESPONSABILIDAD CIVIL PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
GASTOS DE DEFENSA	SUB LIMITE, 20% DEL VALOR ASEGURADO ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MAXIMO $50'000.000=	
GASTOS DE DEFENSA EN CASACION	SUB LIMITE, 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MAXIMO $15'000.000=	

DETALLE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

NOMBRE ASEGURADO	T.I.	NUM. DE IDENTIF.
JULIAN ALONSO GAONA ARIAS	CC	13721166

NOMBRE BENEFICIARIO	T.I.	NUM. DE IDENTIF.
TERCEROS RECLAMANTES	CC	1

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:
CLAUSULA DEFINICIONES:

SMMLV: Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
SMDLV: Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes.
N.A.: No Aplica.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN:

Autorizo de manera expresa a LIBERTY SEGUROS S.A., a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Y A LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Bucaramanga	26	4008	26170098175	26170098175002

Liberty Seguros S.A.

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD

CERTIFICADO DE: MODIFICACIÓN

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:
de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA:

Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A NIT. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A, NIT. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) mi vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro; 2) para la ejecución del presente contrato de seguro; 3) para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado 4) para el envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Autorizo adicionalmente a LIBERTY SEGUROS S.A y a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. a transferir mis datos personales a 1) a mi(s) intermediario (s) de seguros; 2) al tomador de mi seguro 3) a los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior, 4) a FASECOLDA E INVERFAS. Así mismo autorizo a LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S, con NIT. 860.508.462-1, domiciliada en la Calle 72 # 10-07 Piso 7, para que en caso de financiar las primas de seguros con dicha Compañía, mi información sea tratada, durante la relación contractual para todas las actividades relativas a la ejecución del contrato de mutuo. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@libertycolombia.com o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) conocer, actualizar y rectificar mis datos b) solicitar prueba de la autorización otorgada; c) ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f)acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÍAN AL CONTRATO DE SEGURO QUE SE SOLICITA:

Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza Responsabilidad Civil Profesional para Médicos, Odontólogos y demás Profesionales del Sector Sanidad, que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento.

NOTA. POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.

CLAUSULA DE RENOVACION AUTOMATICA:

Esta Póliza se renovara automáticamente a su vencimiento por periodos anuales. En caso de beneficiario oneroso el plazo de la Póliza será hasta la fecha en que termine de pagar la deuda. Salvo que la Aseguradora comunique al beneficiario su decisión de no renovar, revocar o modificar con antelación mínima de treinta (30) días.

CONTACTO COOMEVA:

En caso de tener inquietudes por favor infórmenos ingresando a www.coomeva.com.co, opción Contáctenos.

DELIMITACIÓN TEMPORAL CLAIMS MADE:

Se cubren las reclamaciones judiciales y/o extrajudiciales al Asegurado por hechos ocurridos durante el periodo del seguro, que sean presentadas a Liberty Seguros durante la vigencia actual de la misma, -y/o dentro del periodo de extendido de notificación, si es el caso. Se entiende como vigencia actual el último periodo anual contratado de la póliza. Se entiende como periodo del seguro, la fecha de la primera vigencia hasta la vigencia de la última renovación expedida, para lo cual se aplica como fecha máxima de retroactividad la fecha de la primera vigencia contratada con Liberty Seguros S.A. en forma continua.

En el caso que el Asegurado tome la primera póliza en el periodo vigente se le otorgará automáticamente una retroactividad de dos años. La cobertura del presente seguro no ampara ni se refiere a hechos por los que se le imputa responsabilidad al Asegurado antes del periodo del seguro de la presente póliza aunque la reclamación judicial y/o extrajudicial por las consecuencias de tales hechos se efectué estando vigente el seguro.

OBSERVACIONES:
se cambia valor asegurado segun asociado

DETALLE RECIBOS DE PAGO (APLICA PARA PAGOS DE CONTADO):

NUMERO DE RECIBO	FECHA DE RECAUDO	VALOR RECAUDADO

INTERMEDIARIO: COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS	**Part. %** 100%	**FORMA DE PAGO:** Mensual	**VALOR IVA VIGENCIA:** $ 33.261	**VALOR VIGENCIA CON IVA:** $ 208.319
ASEGURADORA: LIBERTY SEGUROS S.A	**Part. %** 100%	**VALOR PRORRATA PRIMER MES CON IVA:**	$ 26.414	**PRIMA MENSUAL CON IVA:** $ 30.318

USUARIO:	NORMA YESENIA SILVA RODRIGUEZ	**CANAL:**	DIRECTO BARRA COMERCIAL	**PROCEDENCIA:**	ASOCIADO	**PROMOTOR:**	Norma Yesenia Silva Rodriguez
FECHA IMPRESIÓN:	03/01/2018	**REGIONAL:**	Regional Medellin	**ZONA CIUDAD:**	Nacional	**OFICINA:**	Oficina Bucaramanga

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra página www.libertycolombia.com.co en el Link ServicioAlCliente/SoporteEnLinea/Documentacion/Responsabilidad civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 018000113390 o desde Bogotá 3077050 de Lunes a Sábado de 8 am a 8 pm. Si lo prefiere escríbanosatencionalcliente@libertycolombia.com

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Bucaramanga	26	4008	26170098175	26170098175002

Liberty Seguros S.A.

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD

CERTIFICADO DE: MODIFICACIÓN

VERSIÓN CONDICIONADO: PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - 26/11/2016-1333-P-06-RCPM VERSIÓN NOVIEMBRE DE 2016.

DEFENSOR DEL CLIENTE: Defensor Del Consumidor Financiero Liberty Seguros, E-mail defensor_consumidor_financiero@libertycolombia.com, Tel 3103300 Ext 1201 en Bogotá

NOTIFICACIONES: SUCURSAL CALI CALLE 23 NORTE No. 4N – 50 PISO 3 TELÉFONO 660-30-50

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LIBERTY SEGUROS S.A. NIT 860.039.988-0
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL ASEGURADO

ORIGINAL

FIRMA DEL ASEGURADO

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Bucaramanga	26	4008	26170098175	26170098175001

Liberty Seguros S.A.

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD

CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

Tomador:	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA		Ident. / T.I.	890300625	NIT
Teléfono Tomador:	3330000				
Responsable de pago:	JULIAN ALONSO GAONA ARIAS		Ident. / T.I.	13721166	CC
Asegurado:	JULIAN ALONSO GAONA ARIAS		Ident. / T.I.	13721166	CC
Teléfono Asegurado:	3005529442	Correo Electrónico: JULGAO01@HOTMAIL.COM			
Beneficiario:	TERCEROS RECLAMANTES		Ident. / T.I.	1	CC
Teléfono Beneficiario:		Correo Electrónico:			

Vigencia Póliza (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2017	Hasta 00:00	31/07/2018	Vigencia Certificado (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2017	Hasta 00:00	31/07/2018

UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Dirección:	CRA 27A 15 01 BQ 2 APTO 401				
Ciudad:	FLORIDABLANCA	Departamento:	SANTANDER	Teléfono:	3005529442
Nombre:	JULIAN ALONSO GAONA ARIAS			Ident.	13721166
Especialidad:	ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA, COLOPROCTOLOGIA, CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, DERMATOLOGÍA, ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, ENFERMEDADES VASCULARES, EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA, EPIDEMIOLOGIA GENERAL, GASTROENTEROLOGÍA, GLAUCOMA, HEMATOLOGÍA, HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGIA, IMAGENOLOGIA ONCOLÓGICA, KINESIÓLOGO, MEDICINA AEROSPACIAL, MEDICINA DE EMERGENCIAS, MEDICINA DEL DEPORTE, MEDICINA DEL DOLOR, MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN, MEDICINA FORENSE, MEDICINA GENERAL, MEDICINA INTERNA, MEDICINA NUCLEAR, MEDICINA OCUPACIONAL, MEDICINA PSICOSOMÁTICA, MEDICINA MATERNO FETAL, NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA, OBSTETRICIA, OFTALMOLOGÍA, ONCOLOGÍA, ORTOPEDIA, OTOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, PEDIATRÍA, PSIQUIATRÍA, REUMATOLOGÍA, RINOLOGÍA, TOXICOLOGÍA, PROSTODONCIA, PRÓTESIS DENTOBUCOMAXILAR, REHABILITACIÓN ORAL, ENFERMERÍA CARDIORRESPIRATORIA, ENFERMERÍA MATERNA PERINATAL, ENFERMERÍA NEUROLÓGICA, ENFERMERÍA ONCOLÓGICA, ENFERMERÍA PEDIÁTRICA, CUIDADO CRÍTICO, CUIDADO RESPIRATORIO, ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA, BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO, FISIOTERAPIA – KINESIOLOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, MEDICINA GENERAL, ALERGIA E INMUNOLOGÍA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD, ANATOMÍA PATOLÓGICA, DIABETO LOGIA, ENDOCRINOLOGÍA, ERGONOMÍA, FISIATRÍA, FISIOTERAPEUTA, FONOAUDIÓLOGO, INFECTO LOGIA, PATOLOGÍA, SALUD OCUPACIONAL, TERAPIA MIOFUNCIONAL ORO FACIAL Y DISFAGIA, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, VETERINARIA				

DETALLE AMPAROS, VALORES ASEGURADOS, SUB LIMITES Y DEDUCIBLES

Plan Contratado: PLAN UNICO

AMPARO	LIMITE Y/O SUBLIMITE DE VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE Valor – Variable / Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	$ 100.000.000	
RESPONSABILIDAD CIVIL USO DE EQUIPOS MEDICOS	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
RESPONSABILIDAD CIVIL PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
GASTOS DE DEFENSA	SUB LIMITE, 20% DEL VALOR ASEGURADO ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MAXIMO $50'000.000=	
GASTOS DE DEFENSA EN CASACION	SUB LIMITE, 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MAXIMO $15'000.000=	

DETALLE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

NOMBRE ASEGURADO	T.I.	NUM. DE IDENTIF.
JULIAN ALONSO GAONA ARIAS	CC	13721166

NOMBRE BENEFICIARIO	T.I.	NUM. DE IDENTIF.
TERCEROS RECLAMANTES	CC	1

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:
CONTACTO COOMEVA:

En caso de tener inquietudes por favor infórmenos ingresando a www.coomeva.com.co, opción Contáctenos.

DELIMITACIÓN TEMPORAL CLAIMS MADE:

Se cubren las reclamaciones judiciales y/o extrajudiciales al Asegurado por hechos ocurridos durante el periodo del seguro, que sean presentadas a Liberty Seguros durante la vigencia actual de la misma, -y/o dentro del periodo de extendido de notificación, si es el caso. Se entiende como vigencia actual el último periodo anual contratado de la póliza. Se entiende como periodo del seguro, la fecha de la primera vigencia hasta la vigencia de la última renovación expedida, para lo cual se aplica como fecha máxima de retroactividad la fecha de la primera vigencia contratada con Liberty Seguros S.A. en forma continua.

En el caso que el Asegurado tome la primera póliza en el periodo vigente se le otorgará automáticamente una retroactividad de dos años. La cobertura del presente seguro no ampara ni se refiere a hechos por los que se le imputa responsabilidad al Asegurado antes del periodo del seguro de la presente póliza aunque la reclamación judicial y/o extrajudicial por las consecuencias de tales hechos se efectué estando vigente el seguro.

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Bucaramanga	26	4008	26170098175	261700983175001

Liberty Seguros S.A.

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD

CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:
CLAUSULA DE RENOVACION AUTOMATICA:

Esta Póliza se renovara automáticamente a su vencimiento por periodos anuales. En caso de beneficiario oneroso el plazo de la Póliza será hasta la fecha en que termine de pagar la deuda. Salvo que la Aseguradora comunique al beneficiario su decisión de no renovar, revocar o modificar con antelación mínima de treinta (30) días.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN:

Autorizo de manera expresa a LIBERTY SEGUROS S.A., a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Y A LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA:

Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A NIT. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A, NIT. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) mi vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro; 2) para la ejecución del presente contrato de seguro; 3) para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado 4) para el envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Autorizo adicionalmente a LIBERTY SEGUROS S.A y a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. a transferir mis datos personales a 1) a mi(s) intermediario (s) de seguros; 2) al tomador de mi seguro 3) a los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior, 4) a FASECOLDA E INVERFAS. Así mismo autorizo a LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S, con NIT. 860.508.462-1, domiciliada en la Calle 72 # 10-07 Piso 7, para que en caso de financiar las primas de seguros con dicha Compañía, mi información sea tratada, durante la relación contractual para todas las actividades relativas a la ejecución del contrato de mutuo. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@libertycolombia.com o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) conocer, actualizar y rectificar mis datos b) solicitar prueba de la autorización otorgada; c) ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f)acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÍAN AL CONTRATO DE SEGURO QUE SE SOLICITA:

Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza Responsabilidad Civil Profesional para Médicos, Odontólogos y demás Profesionales del Sector Sanidad, que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento.

NOTA. POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES. O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.

CLAUSULA DEFINICIONES:

SMMLV: Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
SMDLV: Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes.
N.A.: No Aplica.

OBSERVACIONES:
Renovación Masiva

DETALLE RECIBOS DE PAGO (APLICA PARA PAGOS DE CONTADO):

NUMERO DE RECIBO	FECHA DE RECAUDO	VALOR RECAUDADO

INTERMEDIARIO:	Part. %	FORMA DE PAGO:	VALOR IVA VIGENCIA:	VALOR VIGENCIA CON IVA:
COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS	100%	Mensual	$ 46.735	$ 292.710
ASEGURADORA:	**Part. %**	**VALOR PRORRATA**	$ 0	**PRIMA MENSUAL CON IVA:**
LIBERTY SEGUROS S.A	100%	**PRIMER MES CON IVA:**		$ 24.393

USUARIO:	Carlos Guillermo Molina Gonzalez	**CANAL:**	DIRECTO BARRA COMERCIAL	**PROCEDENCIA:**	ASOCIADO	**PROMOTOR:**	Diana Margarita Romero Enciso
FECHA IMPRESIÓN:	22/11/2017	**REGIONAL:**	Regional Medellin	**ZONA CIUDAD:**	Nacional	**OFICINA:**	Oficina Bucaramanga

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra página www.libertycolombia.com.co en el Link ServicioAlCliente/SoporteEnLinea/Documentacion/Responsabilidad civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 018000113390 o desde Bogotá 3077050 de Lunes a Sábado de 8 am a 8 pm. Si lo prefiere escríbanosatencionalcliente@libertycolombia.com

VERSIÓN CONDICIONADO: **PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD -**

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Bucaramanga	26	4008	26170098175	26170093175001

Liberty Seguros S.A.

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD

CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

26/11/2016-1333-P-06-RCPM VERSIÓN NOVIEMBRE DE 2016.

DEFENSOR DEL CLIENTE: **Defensor Del Consumidor Financiero Liberty Seguros, E-mail defensor_consumidor_financiero@libertycolombia.com, Tel 3103300 Ext 1201 en Bogotá**

NOTIFICACIONES: **SUCURSAL CALI CALLE 23 NORTE No. 4N – 50 PISO 3 TELÉFONO 660-30-50**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LIBERTY SEGUROS S.A. NIT 860.039.988-0
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL ASEGURADO

ORIGINAL

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Julian Alonso

Apellidos: Gaona Arias

Documento de Identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 13721166

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

PREVENTIVM

SERVICIOS

- ATENCION MEDICA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE ADULTOS Y NIÑOS
- VACUNACION DE NIÑOS Y ADULTOS
- HOSPITAL DE DIA
- LABORATORIO ESPECIALIZADO EN DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- CENTRO DE ATENCION AL VIAJERO
- MEDICINA TROPICAL
- ASESORIA A EMPRESAS SOBRE PREVENCION DE RIESGOS OCUPACIONALES CAUSADOS POR LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

PREVENTIVM

NOMBRE Julian Gaona Arias

EDAD 30

DOC. IDENTIDAD No 13721166

FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE DE LA EMPRESA

Universidad Nacional

Calle 94a No.13 - 11
Tels. 6361517 - 6361593 - 6361528
Fax (57-1) 6361347 - 6361416
Santafe de Bogotá D.C. Colombia

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	29 ABR 2015	DPT	mmH
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza			15.08.14 1410401	Carmen M
Virus de Papiloma Humano				
DPT A.		29 ABR 2015	C45299A6	mmH

PREVENTIVM

CERTIFICADO DE INMUNIZACIONES

VACUNA	FECHA DOSIS 1a.	2a.	3a.	REFUERZOS	
Hepatitis B	20/08/14	21/ABR/2015	15/07/15		
Influenza (Gripe)					
Meningococo					
Neumococo					
Rubeola					
Triple Viral (SRP) (MMR)					
Td					
Polio					
Hib (Meningitis)					
Pentac - Hib					
Tetanos					

Firma y Sello _____ Preventium S.A. Nit.830.022.182-8

FomeSalud

MEDICINA PREVENTIVA, ASISTENCIAL Y LABORAL

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Fiebre Amarilla

Nombre: Juan Esteban

Edad: 26 años Fecha: Abril 1806

Firma del vacunador: Maribel

Lote: C55xFA47Z Fecha: 05-07

Calle 55A No. 28-45 Tels: 6427387-6570143 B/manga.
E-mail: fomesalud@hotmail.com

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Julian

Apellidos: Gomez

Documento de identidad: C.C. [X] Pasaporte [ ] No. 1372166

Fecha de Nacimiento: Día 24 Mes 07 Año 1979

ológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
rampión ubéola	1			
oxoide etánico ftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra patitis B	1			
	2			
	3			
	R	Diciembre 21/17	032 Q6	SANOFI

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA
Expertos en análisis y diagnóstico médico

ORDEN O CÓDIGO: 11300644
Página No: 1 de 1
Ingreso de Información: 13-ene-2015
Descripción del Reporte: copia

Paciente:	GAONA ARIAS JULIAN ALONSO				
Edad:	35 Años 5 meses 20 dias	Médico:			
Género:	Masculino	Teléfono:		Empresa:	CLIENTE DIRECTO
Identificación:	13721166	Envio de resultados:		Autorización:	
Teléfono:	8868739	Fax:		Sede:	Manizales
Dirección:	CRA 22#67A-164				
E-mail:	julgao01@hotmail.com				

El intervalo Biológico de referencia ha sido ajustado de acuerdo a la edad, género y metodología

Nombre de Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
HORMONAS			
Hepatitis B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] *	>1000.00	UI/L	
Tipos de Referencia			
Mayor de 10 UI/L Indica presencia de anticuerpos HBs,			

	Fecha:	Hora:
Toma de Muestra:	2015/01/13	07:04:(
Reporte:	2015/01/14	11:26:(
Técnica:	QUIMIOLUMINISCENCIA	

Veronica Salazar
JESSICA VERONICA SALAZAR
Bacteriologo y Laboratorista Clinico (a)
Registro 5-5703-10

INMUNOLOGIA MDE			
Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G	1.90	Indice	
Tipos de Referencia			
Negativo: Menor de 0.9			
Dudoso: De 0.9 a 1.1			
Positivo: Mayor de 1.1			

	Fecha:	Hora:
Toma de Muestra:	2015/01/13	07:04:(
Reporte:	2015/01/14	17:24:(
Técnica:	INMUNOENSAYO ENZIMATICO-EIA	

Angela P Londoño E
ANGELA PATRICIA LONDOÑO ECHEVERRI
Bacteriologa y laboratorista clinico (a)
REG 5-0219

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 20/11/2017 a las 20:38:43 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 13721166 y Nombres: GAONA ARIAS JULIAN ALONSO
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N. 26-21 CAN Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8 am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá (571) 3159111 -9112 - Resto del país 018000 910 600
FAX (571) 3159587 - E-mail: lineadecheck@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Presidencia de la República
Ministerio de Defensa
Gobierno en Línea
Portal único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 101952446

WEB
19:47:58
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de noviembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JULIAN ALONSO GAONA ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 13721166.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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 o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Articulo 174 Ley 734 de 2002)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 20 de noviembre de 2017, a las 19:52:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	13.721.166
Código de Verificación	332431772017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

Bancoomeva

NIT 900.406.150-5

OFICINA Bucaramanga

CERTIFICA QUE:

El Cliente GAONA ARIAS JULIAN ALONSO, identificado con Cédula de Ciudadanía No.13721166 de BUCARAMANGA (SANTANDER), tiene vínculos financieros con nuestra entidad a través del producto Cuenta de Ahorros A No.210100629801, con apertura el día 2004/07/19 la cual se encuentra activa a la fecha y presenta un buen manejo.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los 22 de mes de Noviembre del año 2017.

Bancoomeva
OFICINA BUCARAMANGA
ASESOR 1
22 NOV 2017
VISADO
Nombre
Hora
Usuario Red
SF-SE-028 Firma

Atentamente,

Colaborador Bancoomeva
Usuario: YFCR

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Julián Alonso Gaona Arias

C.C. No. 13.721.166 EXPEDIDA EN Bucaramanga

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá , Diciembre 17 DEL 2003

DECANATURA DE LA FACULTAD

RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARÍA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 38 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 2
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina
0078165

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE
Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 8061

El Consejo de Facultad en su sesión del día 11 *de* Diciembre *de* 2003 *Acta No.* 46

CONSIDERANDO QUE:

Julián Alonso Gaona Arias

C.C. No. 13.721.166 Bucaramanga

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad resuelve otorgarle el título de

Médico Cirujano

En nombre y representación de la Universidad Nacional de Colombia y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor el Decano de la Facultad hizo entrega del Diploma Número 78166 *registrado en el Folio No.* 38 *del Libro* 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá *a los* 17 *días del mes de* Diciembre *de* 2003

Presidencia
Consejo de Facultad

Secretaria
Consejo de Facultad

La Universidad de Caldas

en atención a que

JULIAN ALONSO GAONA ARIAS

C.C. No. 13721166 de BUCARAMANGA

ha cumplido los requisitos que los estatutos exigen, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

y le expide el presente diploma. En testimonio de ello,
se refrenda con las firmas y registros respectivos

Rectoría

Secretaria General

Manizales, 24 de febrero de 2017

Oficina de Registro Académico Folio 138/068 del Libro № 4

№

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

ACTA DE GRADO No. 92 SESIÓN DE GRADO No. 2

Facultad de **CIENCIAS PARA LA SALUD**
Fecha viernes, 24 de febrero de 2017

En ceremonia presidida por el Rector **Felipe César Londoño López** y el Secretario General de la Universidad, **Juan Guillermo Correa García**, la UNIVERSIDAD DE CALDAS, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confirió el título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**, al exalumno(a) **JULIAN ALONSO GAONA ARIAS** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **13721166** de **BUCARAMANGA**, quien acreditó en debida forma su título profesional expedido por **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA** de **BOGOTA** en el año **2003**, cumpliendo así con todos los requisitos legales y reglamentarios de conformidad con la Resolución de Decanatura No. 3 del miercoles, 25 de enero de 2017 y previo el juramento prestado, mediante el cual el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución y las Leyes de la República de Colombia.

Para optar al título cumplió con los siguientes requisitos académicos:
TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN: "VALORACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL Y DE LA FUERZA MUSCULAR EN PACIENTES CON EPOC". **CALIFICACIÓN**: APROBADO

El Rector hizo entrega del Diploma y del Acta de Grado que lo acreditan como **ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**.

Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales hoy viernes, 24 de febrero de 2017

Oficina de Admisiones y Registro Académico. Folio **138/068** del libro de registro No. 4

RECTORÍA

SECRETARÍA GENERAL

PROFESIONAL DE LA SALUD

Profesional de la salud

American Heart Association.

LEVANTAR AQUÍ

JULIAN GAONA ARIAS

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa Soporte Vital Básico (SVB/BLS) de la American Heart Association para profesionales de la salud (RCP y DEA).

17/JUNIO/2016
Fecha de emisión

JUNIO /2018
Fecha de actualización recomendada

Nombre del centro de entrenamiento: Universidad de Caldas – ID ZL50554

Información del centro de entrenamiento: Manizales – (6)8783060 Ext. 31258

Lugar del curso: MANIZALES

Nombre del instructor: OSCAR FELIPE ERAZO – 08130191105

Firma del titular

Esta tarjeta cuenta con medidas de seguridad exclusivas contra falsificaciones.

90-2321US 8/11

PROFESIONAL DE LA SALUD

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Proveedor de SVCA/ACLS

American Heart Association.

LEVANTAR AQUÍ

JULIAN GAONA ARIAS

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

17/JUNIO/2016
Fecha de emisión

JUNIO /2018
Fecha de actualización recomendada

Nombre del centro de entrenamiento: Universidad de Caldas – ID ZL50554

Información del centro de entrenamiento: Manizales – (6)8783060 Ext. 31258

Lugar del curso: MANIZALES

Nombre del instructor: OSCAR FELIPE ERAZO – 08130191105

Firma del titular

Esta tarjeta cuenta con medidas de seguridad exclusivas contra falsificaciones.

90-2319US 8/11

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

medicuc IPS
NIT 900.204.617-5

Floridablanca, 07 de junio de 2018.

CERTIFICACIÓN

MEDICUC IPS, empresa líder en atención medica y cuidados de enfermería domiciliaria se permite **CERTIFICAR** que la Sr. **JULIAN ALONSO GAONA ARIAS,** identificado con cedula de ciudadanía numero 13.721.166 expedida en Bucaramanga, labora para nuestra institución desde el 20 de mayo de 2016, hasta el 31 de mayo de 2018, desempeñando el cargo de **MEDICO INTERNISTA**, mediante **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO INDEFINIDO.**

SANDRA MILENA RINCON GARCIA
Directora IPS

CLAUDIA MARCELA MARTINEZ GUARIN
Elaborado

Calle 30ª # 23-120
Para confirmación: Tel. 6917628 ext 106
Correo:nomina@gestionarbinestar.com - analistagestionhumanagb@gmail.com

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 300040358

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	18/01/2018 16:05:39

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	900101736	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS INTEGRALES GESTIO	CL 30 A 23 120 CANAVERAL	103862

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
6	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS	3851101	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 2 22 3 BARRIO LA MERCED	BUCARAMANGA	Santander

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	13721166	GAONA	ARIAS

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
JULIAN ALONSO	24/7/1979	CRA 27A # 15-01

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
FLORIDABLANCA	6057335	3005529442	julgao01@hotmail.com	M

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
Salud Total S.A. E.P.S.	2	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	19/1/2018	7500000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
CIVIL	1/11/2017	30/10/2018	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
0	1000000	781242	
TIPO DE COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD		
Independiente	Voluntario		

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE SERV	4050202	4

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 18/01/2018 16:05:38. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Bogotá, Noviembre 20 de 2017

Señor:
GAONA ARIAS JULIAN ALONSO
CC. 13721166 CR 27A 15 01 BL 2 AP 401 - 0
Ciudad

Ref: F370-RVA. 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 Agosto 14 de 2008. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GAONA RODRIGUEZ JUAN DIEGO	1056128813	R	Mar-1-2013	56	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GAONA RODRIGUEZ MARIA ALEJANDRA	1097785697	R	Sep-21-2009	193	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GAONA ARIAS JULIAN ALONSO	13721166	C	Ago-14-2008	252	244	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
RODRIGUEZ RAMIREZ INGRID ALEXANDRA	37548510	C	Ago-5-2008	243	252	CONYUGE	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
ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE SA	13721166	Dependiente	CERRADO
ANIR SECCIONAL CALDAS	13721166	Dependiente	CERRADO
ANIR SECCIONAL CALDAS	13721166	Estudiantes de Postgrado en salud	CERRADO
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	13721166	Dependiente	CERRADO
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	13721166	Dependiente	CERRADO
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	13721166	Dependiente	CERRADO
CLINICA CHICAMOCHA S A	13721166	Dependiente	CERRADO
COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A	13721166	Dependiente	CERRADO
CORPORACION IPS SALUDCOOP	13721166	Dependiente	CERRADO
ETICAL CAT	13721166	Dependiente	CERRADO
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	13721166	Dependiente	CERRADO
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	13721166	Dependiente	VIGENTE
JULIAN GAONA	13721166	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
JULIAN GAONA	13721166	Trabajador Independiente	CERRADO
PRECOOPERATIVA DE TRABAJO MEDICO ASOCIADO LTDA	13721166	Dependiente	CERRADO
SERVIPRO	13721166	Dependiente	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,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	13721166
NOMBRES	JULIAN ALONSO
APELLIDOS	GAONA ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	BUCARAMANGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL S.A.	CONTRIBUTIVO	14/08/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 05/22/2018 09:58:23 | **Estación de origen:** 181.143.218.181

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JULIAN ALONSO GAONA ARIAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **13,721,166**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Noviembre de 2017.

Gerente de Clientes

Bienestar

FORMATO DE ENTREVISTA

Código: F-GR-RH-39
Versión: 03
Página 1 de 2

Fecha	No Documento	Nombres y Apellidos
	13771166	Gaona Arias Julian Alonso

Edad	Teléfono Fijo	Celular	Ciudad Residencia	Dirección Residencia
38	6051335	3005529442	Floridablanca	Cl. 270 N. 15-01 Bloque 2 Apto 401

Cargo al que Aspira	Area	Empresa del Grupo
Medico Internista		GB SAS ○ MEDIC ○ CMI ○ S FLIA ○ GESTB ○ REHAB ○

Sede A Proveer	Profesión/Formación	Especialización/Otros Estudios	Salario al que Aspira
	Medico	Internista	$

COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR

Tipo de Vinculo (Sobrino, Hijo, Esposo, etc)	Nombres y Apellidos	Edad (Años)	Descripción de la Ocupación y Empresa (Ama de Casa, Maestro de Obra, etc)	Teléfono
Conyuge	Ingrid A. Rodriguez Ramirez	39	Ama de casa	6051335
Hija	Maria Alejandra Gaona R.	8	Estudiante	6051335
Hijo	Juan Diego Gaona R.	4	Estudiante	6051335

Propiedad Residencia Familiar ○ Propia ○ Arrienda X Habitac ○ Número de Personas a Cargo Vehículo Automóvil X Moto ○ Ninguno ○

EXPERIENCIA LABORAL (De la más reciente a la mas antigua)

Nombre Empresa (Describir que hace la empresa si esta no es conocida)	Tiempo Laborado
ISABU	10 meses

Tipo de Contrato	Cargo	Misión del Cargo
T Fijo ○ T Ind ○ Obra L ○ OPS ○ Honor X	Medico Interista	Cuidado medicina interna.

Producto Final Valioso - Porque Productos o Entregables Era Medido

Metas del Cargo	No Cargos Iguales

Innovaciones, Diseños, Procesos, Productos o Aportes Importantes Que Hizo En la Empresa

Nombre del Jefe Inmediato	Cargo	Teléfono	Qué Calificacac Le daria su Jefe Por su trabajo
Gloria Arenas	Directora Hospital	3133382563	

Motivo Retiro	N/A	Salario	$ 10'000.000	Otros Devengados	$ ——

Nombre Empresa (Describir que hace la empresa si esta no es conocida)	Tiempo Laborado
Fundacion Cardio Vascular	10 meses

Tipo de Contrato	Cargo	Misión del Cargo
T Fijo X T Ind ○ Obra L ○ OPS ○ Honor ○	Medico Interista	Cuidado medicina interna

Producto Final Valioso - Porque Productos o Entregables Era Medido

Metas del Cargo	No Cargos Iguales

Innovaciones, Diseños, Procesos, Productos o Aportes Importantes Que Hizo En la Empresa

Nombre del Jefe Inmediato	Cargo	Teléfono	Qué Calificac Le daria su Jefe Por su trabajo
Luz Day Navarro	Gerente Clinico	3012101554	

Motivo Retiro	N/A	Salario	$ 5'000.000	Otros Devengados	$ ——

EVALUACIÓN DEL SER, HACER Y TENER

	Enumere 3 Habilidades o Cualidades		Enumere 3 Debilidades o Defectos
1	Responsable	1	
2	leal	2	
3	Honesto	3	
4		4	

Como se define, Quien Es, Qué lo motiva
Qué Aporte extraordinario puede realizar usted a la empresa que no encuentre en otros candidatos

Habilidades en Ofimática		Otros Aspectos Comportamentales			
Nivel de Excel		Capacidad para adaptarse a cambios		Planes a 1 año	
Nivel de Word		Habilidades para trabajar en equipo		Planes de 1 a 3 años	
Nivel Power Point		Capacidad de responder bajo presión		Planes Mayor a 3 años	
Nivel de Google Docs		Capacidad para manejar la frustración		Que no aplazaría	

Porqué le gustaría trabajar en nuestra empresa
Describa alguna situación Difícil de tipo laboral que haya afrontado y que hizo para controlar la situación
Como Candidato Qué Le Gustaría Saber de la Empresa

Evaluar si es outflow(Interés en Aportar) o inflow (Interés en Recibir)

	Preguntas Inflow (Ej: Pagan Horas Extras, Qué beneficios adicionales dan)		Preguntas Outflow (Ej: Tamaño Empresa, No Empleados, Aportan ideas más que preguntar)
1		1	
2		2	
		3	

COMPOSICIÓN Y/O REDACCIÓN

Ejemplo de una situación: Qué estrategia implementaría para lograr que los médicos diligencien correctamente las historias clínicas y hagan siempre las remisiones a PYP

Formulación apropiada a la situación		Creatividad		Otros Hallazgos	
Ortografía		Orden y Caligrafía			
Estructura y coherencia de la redacción		Conocimiento del tema			

SITUACIONES COMPORTAMENTALES OBSERVADAS

Presentación Personal (Acorde al Cargo)		Conocimiento del Cargo (Muestra dominio del cargo)	
Aspecto Físico (Acorde al Cargo)		Discreto (Moderado en sus intervenciones)	
Postura Corporal (Erguido, Relajado, Etc)		Disperso (Habla mucho, comunica poco)	
Expresión facial		Duplicación (responde otra cosa, no está atento)	
Tono de voz (Moderado y Adecuado al cargo)		Sinceridad	
Uso del lenguaje (Vocabulario, modismos, dichos)		Seguridad	
Fluidez Verbal (Articula con facilidad las ideas)		Empatía (Logra conectarse y ser agradable)	
Pensamiento Concreto (Conceptos no ejemplos)		Supresor (Identificó muchas características)	
Modales (Educación Al entrar, Sentarse y Salir)		El supresor habla solo en términos generales, trafica malas noticias, no termina sus proyectos, siempre le sucede algo malo, apoya grupos destructivos, es mentiroso, hacen que los demás fracasen	
ácter (Tiene criterio sin ser testarudo)			
Coherencia en las ideas			

Concepto del Entrevistador

Nombre del Entrevistador:		Cargo:	

Recomienda Continuar con el proceso | SI | NO |

Firma Entrevistador

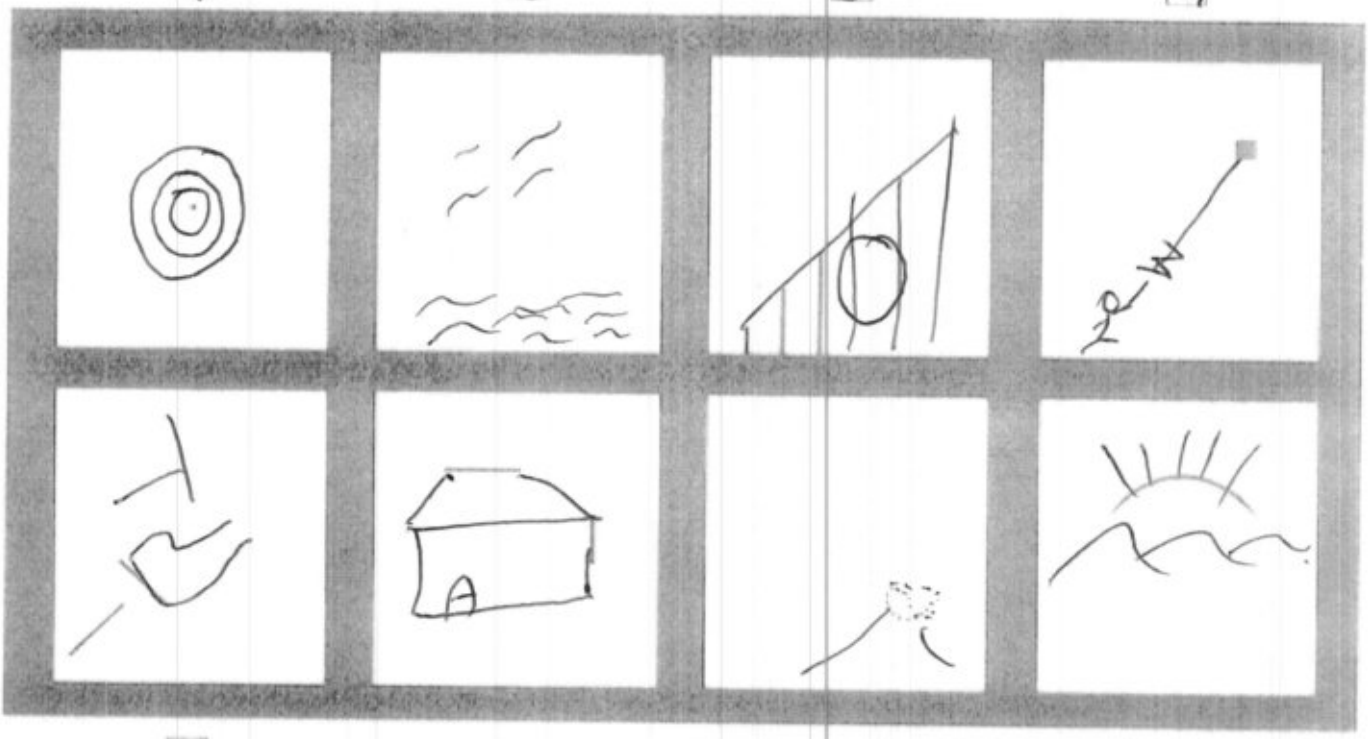
WARTEGG

Profesión

Lugar de Nacimiento

Julian Alonso Saenz Fijas - Pedro interesto
38 años

1 2 3 4



5 6 7 8

TÍTULOS DIBUJOS

1 Diana
2 Mar
3 Cituo
4 Cometa
5 Arbol del
6 Casa
7 Hamaguero
8 Jardines

DIBUJO QUE MAS LE GUSTO Mar

DIBUJO QUE MENOS LE GUSTO Arboles.

DIBUJO QUE LE PARECIÓ MAS FACIL Diana

DIBUJO QUE LE PARECIÓ MAS DIFICIL Hamaguero.

Copyright by Verlag fur psychologie, Dr. C.J. HOGREFE Gottingen
Traducido al Español por dra. Telma R. De Moraes

16 PF

Hoja de respuestas

Forma 90 (A - B)

Apellidos y nombre: Cano Ramos Juan Alonso

Edad: 38 Sexo: Hombre

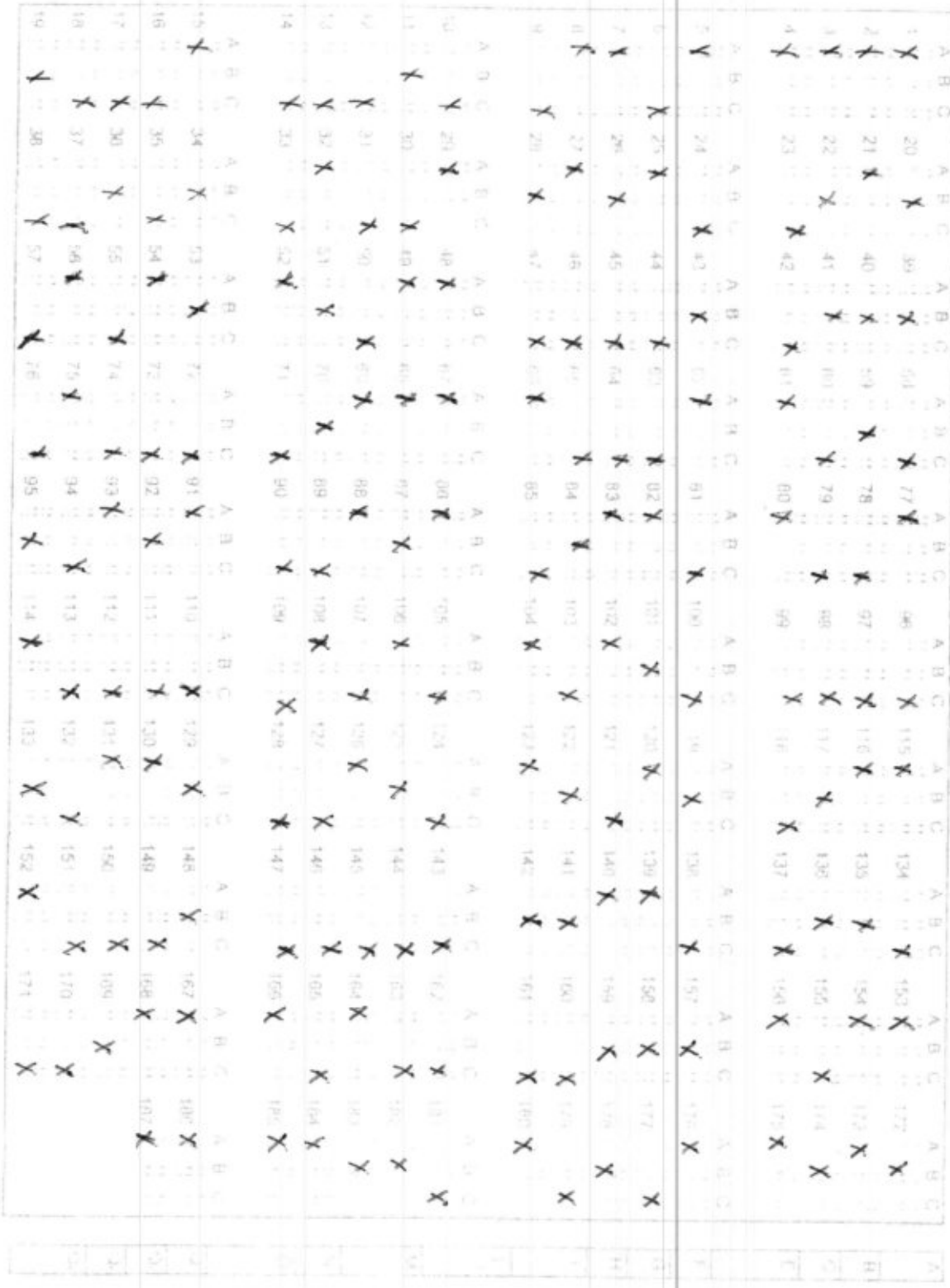
Centro: Hospital Zapotoca

Curso / Puesto: Internista

Estado civil: Casado

Fecha: 23 Nov 2017

EJEMPLOS: 1 2



UN MENSAJE A GARCÍA

Hay en la historia de Cuba un hombre que destaca en mi memoria como Marte en Perihelio.

Al estallar la guerra entre los Estados Unidos y España, era necesario entenderse con toda rapidez con el jefe de los revolucionarios de Cuba.

En aquellos momentos este jefe, el general García, estaba emboscado en las esperanzas de las montañas, nadie sabia donde. Ninguna comunicación le podia llegar ni por correo ni por telégrafo. No obstante, era preciso que el presidente de los Estados Unidos se comunicara con él. ¿Qué deberia hacerse?

Alguien aconsejó al Presidente: "Conozco a un tal Rowan que, si es posible encontrar a García, lo encontrará".

Buscaron a Rowan y le entregó la carta para García.

Rowan tomó la carta y la guardó en una bolsa impermeable, sobre su pecho, cerca del corazón.

Después de cuatro días de navegación dejó la pequeña canoa que le habia conducido a la costa de Cuba. Desapareció por entre los juncales y después de tres semanas se presentó al otro lado de la isla; habia atravesado a pie un país hostil y habia cumplido su misión de entregar a García el mensaje del que era portador.

No es el objeto de este articulo narrar detalladamente el episodio que he descrito a grandes rasgos. Lo que quiero hacer notar es lo siguiente: McKinley le dio a Rowan una carta para que la entregara a García, y Rowan no preguntó: "¿En donde lo encuentro?"

Verdaderamente aquí hay un hombre que debe ser inmortalizado en bronce y su estatua colocada en todos los colegios del país.

Porque no es erudición lo que necesita la juventud, ni enseñanza de tal o cual cosa, sino la inculcación del amor al deber, de la fidelidad a la confianza que en ella se deposita, del obrar con prontitud, del concentrar todas sus energías; hacer bien lo que se tiene que hacer. "Llevar un Mensaje a García".

El general García ha muerto; pero hay muchos otros García en todas partes.

Todo hombre que ha tratado de llevar a cabo una empresa para la que necesita la ayuda de otros, se ha quedado frecuentemente sorprendido por la estupidez de la generalidad de los hombres, por su incapacidad o falta de voluntad para concentrar sus facultades en una idea y ejecutarla.

Ayuda torpe, craso descuido, despreciable indiferencia y apatía por el cumplimiento de sus deberes; tal es y ha sido siempre la rutina. Así, ningún hombre sale adelante, ni se logra ningún éxito si no es con amenazas y sobornando de cualquier otra manera a aquellos cuya ayuda es necesaria.

Lector amigo, tú mismo puedes hacer la prueba.

Te supongo muy tranquilo, sentado en tu despacho y a tu alrededor seis empleados, todos dispuestos a servirte. Llama a uno de ellos y hazle este encargo: "Busque, por favor, la enciclopedia y hágame un breve memorándum acerca de la vida de Correggio".

¿Esperas que tu empleado con toda calma te conteste: "Si, señor", ¿y vaya tranquilamente a poner manos a la obra?

¡Desde luego que no! Abrirá desmesuradamente los ojos, te mirará sorprendido y te dirigirá una o más de las siguientes preguntas:

¿Quién qué?

¿Cuál enciclopedia?

¿Eso me corresponde a mí?

Usted quiere decir Bismarck, ¿no es así?

¿No seria mejor que lo hiciera Carlos?

¿Murió ya?

¿No seria mejor que le trajera el libro para que usted mismo lo buscara?

¿Para que lo quiere usted saber?

Apuesto diez contra uno, a que después de haber contestado a tales preguntas y explicado como hallar la información que deseas y para que la quieres, tu dependiente se marchará confuso e irá a solicitar la ayuda de sus compañeros para 'encontrar a García'. Y todavía regresará después, para decirte que no existe tal hombre. Puedo, por excepción, perder la apuesta; pero en la generalidad de los casos, tengo muchas probabilidades de ganarla.

Si conoces la ineptitud de tus empleados, no te molestarás en explicar a tu "ayudante", que Correggio se encuentra en la letra C y no en la K. Te limitaras a sonreir e irás a buscarlo tú mismo.

No parece sino que es indispensable el dudoso garrote y el temor a ser despedido el sábado más próximo, para retener a muchos empleados en sus puestos. Cuando se solicita un taquígrafo, de cada diez que ofrezcan sus servicios, nueve no sabrán escribir con ortografía y algunos de ellos considerarán este conocimiento como muy secundario.

¿Podrá tal persona redactar una carta a García?

–¿Ve usted este tenedor de libros? –me decia el administrador de una gran fabrica.

–Si, ¿por qué?

–Es un gran contador, pero si le confio una comisión, solo por casualidad la desempeñará con acierto. Siempre tendré el temor de que en el camino se detenga en cada cantina que encuentre y cuando llegue a la Calle Real, haya olvidado completamente lo que tenia que hacer.

¿Crees, querido lector, que a tal hombre se le puede confiar "Un Mensaje para García"?

A últimas fechas es frecuente escuchar que se excita nuestra compasión para con los enternecedores lamentos de los desheredados, esclavos del salario, que van en busca de un empleo. Y esas voces a menudo van acompañadas de maldiciones para los que están "arriba".

Nadie compadece al patrón que envejece antes de tiempo, por esforzarse inútilmente para conseguir que el aprendiz chambón ejecute bien un trabajo. Ni nos ocupamos del tiempo y paciencia que pierde en educar a sus empleados para que estén en aptitud de realizar su trabajo, empleados que flojean en cuanto vuelve la espalda.

En todo almacén o fabrica se encuentran muchos zánganos, y el patrón se ve obligado a despedir a sus empleados todos lo días, pero no lo hace porque la probabilidad de reemplazarlos con otro holgazán es la realidad, también lo impiden los reglamentos y la burocracia, los sindicatos, etc.

Esta es invariablemente la historia que se repite en tiempos de abundancia. Pero cuando por efecto de las circunstancias, escasea el trabajo, el jefe tiene oportunidad de escoger cuidadosamente y de señalar la puerta a los ineptos y a los holgazanes.

Por propio interés, cada patrón procura conservar lo mejor que encuentra; es decir, a aquellos que pueden llevar Un Mensaje a García.

Conozco un individuo que se halla dotado de cualidades y aptitudes verdaderamente sorprendentes; pero que carece de la habilidad necesaria para manejar sus propios negocios y que es absolutamente inservible para los demás. Sufre la monomanía de que sus jefes lo tiranizan y tratan de oprimirlo. No sabe dar órdenes, no quiere recibirlas.

Si se le confia Un Mensaje a García, probablemente contestaría: "llévelo usted mismo"

Actualmente este individuo recorre las calles en busca de trabajo, sin más abrigo que un deshilachado saco por donde el aire se cuela silbando. Nadie que lo conozca accede a darle empleo. A la menor observación que se le hace monta en cólera y no admite razones; seria preciso tratarlo a puntapiés, para sacar de él algún partido.

Convengo de buen grado en que un ser tan deforme, bajo el punto de vista moral, es digno cuando menos de la misma compasión que nos inspira un lisiado físico. Pero en medio de nuestro filantrópico enternecimiento, no debemos olvidar derramar una lágrima por aquellos que se afanan al llevar a cabo una gran empresa; por aquellos cuyas horas de trabajo son ilimitadas, pues para ellos no existe el silbato; por aquellos que a toda prisa encanecen, a causa de la lucha constante que se ven obligados a sostener contra la mugrienta indiferencia, la andrajosa estupidez y la negra ingratitud de los empleados que, si fuera por el espíritu emprendedor de estos hombres, se verían sin hogar y acosados por el hambre.

¿Son, demasiado severos los términos en que acabo de expresarme? Tal vez si. Pero cuando todo mundo ha prodigado su compasión por el proletario inepto yo quiero decir una palabra de simpatía hacia el hombre que ha triunfado, hacia el hombre que, luchando con grandes obstáculos, ha sabido dirigir los esfuerzos de otros, y después de haber vencido, se encuentran conque lo que ha hecho no vale nada; solo la satisfacción de haber ganado su pan.

Yo mismo he cargado la portaviandas y trabajo por el jornal diario; y también he sido patrón de empresa, empleado "ayuda" de la misma clase a que me he referido, y se bien que hay argumentos por los dos lados.

La pobreza en sí, no reviste excelencia alguna. Los harapos no son recomendables; ni recomiendan por ningún motivo. No son todos los patrones rapaces y tiranos, ni

Admiro de todo corazón al hombre que cumple con su deber, tanto cuando está ausente el jefe, como cuando está presente. Y el hombre que con toda calma toma el mensaje que se le entrega para García, sin hacer tontas preguntas, ni abrigar la aviesa intención de arrojarlo en la primera atarjea que encuentre, o de hacer cualquier otra cosa que no sea entregarlo, jamás encontrará cerrada la puerta, "Ni necesitará armar huelgas para obtener un aumento de sueldo".

Esta es la clase de hombres que se necesitan y a la cual nada puede negarse. Son tan escasos y tan valiosos, que ningún patrón consentiría en dejarlos ir.

A un hombre así se le necesita en todas las ciudades, pueblos y aldeas, en todas las oficinas, talleres, fábricas y almacenes. El mundo entero clama por él, se necesita, ¡¡orge... el hombre que pueda llevar un mensaje a García !!

CC 1724 166
21 nov 2017

ACTA DE CONOCIMIENTO DEL MANUAL DE PROTECCION DE DATOS

NOMBRE DE LA EMPRESA: GESTIONAR BIENESTAR IPS S.A.S.	CARGO: Interinato
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Julian Gaona Arias	FECHA: 21/ Nov/ 2017.

Recibí de la oficina de contratación el MANUAL DE PROTECCION DE DATOS, con el fin de leerlo, estudiarlo, revisarlo, comprender y tener claro el contenido del manual, para que en el desarrollo de las actividades del cargo en el que me desempeñaré proceda a dar estricto cumplimiento.

Una vez leídas y comprendidas las políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales, obtenidos en el ejercicio de las actividades propias de la prestación de los servicios y dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley estatutaria 1581 de 2012 y a su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, se firma para dejar constancia del CONSENTIMIENTO PREVIO, EXPRESO E INFORMADO DEL TITULAR PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

FIRMA:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 13721166

ACTA DE CONOCIMIENTO DEL MANUAL DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DE LA EMPRESA: GESTIONAR BIENESTAR IPS S.A.S.	CARGO: Interinato
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Julian Gaona Arias	FECHA: 21/ Nov /2017

Recibí de la oficina de contratación el MANUAL DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, con el fin de leerlo, estudiarlo, revisarlo, comprender y tener claro el contenido del manual, para que en el desarrollo de las actividades del cargo en el que me desempeñaré proceda a dar estricto cumplimiento.

Una vez leídas y comprendidas las políticas y procedimientos del MANUAL DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO y conforme a lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012 y a su Decreto Reglamentario 1443 de 2014, se firma para dejar constancia del conocimiento pleno del contenido y alcance de las normas impresas en el manual.

FIRMA:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 13721166

Bienestar	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCION	Código: F-GR-RH-03 Versión: 03 Pagina 1 de 1

Sede:	Hospital Zarzaloca	Fecha:	
Persona que recibe inducción y/o reinducción:	Julian Alonso Gaona Arias	Cargo:	Internista

TEMAS TRATADOS EN LA INDUCCION	APLICA TEMA SI	APLICA TEMA NO	INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR (Firma)
Generalidades de la IPS (misión, visión, mapa de procesos, portafolio de servicios, directorio interno, horarios de trabajo)			Leidy Ramirez
Aspectos y conceptos básicos del sistema de gestion Integral			Leidy Ramirez
Política del Sistema de Gestion Integral y de No alcohol, drogas y fumadores			Leidy Ramirez
Objetivos Sistema de Gestion Integral			Leidy Ramirez
Política y aspectos a tener en cuenta en seguridad del paciente			Leidy Ramirez
Manejo de eventos adversos			Leidy Ramirez
Diligenciamiento de la historia clínica			Leidy Ramirez
Pamec (Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad)			WILBER AYALA
Servicio al usuario, humanización del servicio de salud			Leidy Ramirez
Normas de bioseguridad y riesgo biológico			Leidy Ramirez
PGIRS (programa de gestión integral de residuos sólidos)			Leidy Ramirez
Entrega de informes mensuales a las diferentes áreas de la empresa			Leidy Ramirez
Cumplimiento de Metas de promoción y prevención			
Conocimiento de Manuales, Procedimientos, Protocolos y Guías de manejo de acuerdo a su área			
Capacitación con el sistema ciklos y/o medical con entrega de usuario y clave			
Participación de los Comités Institucionales y Copasst (comité paritario de seguridad y salud en el trabajo)			
Sistema de seguridad y salud en el trabajo			Leidy Ramirez
Reglamento interno de trabajo			Leidy Ramirez
Funcionamiento de las brigadas de emergencias - plan de emergencias			
Manejo de compras, insumos, mantenimiento e infraestructura de las sedes			Leidy Ramirez
Manual de funciones			

Se firma a los ___ días del mes _____ del año _____, en constancia de haber recibido la inducción y/o Reinducción SGI de GestionarBienestar, por lo tanto me comprometo a cumplir lo allí expuesto y a colaborar desde el ejercicio de mi cargo a la mejora continua de la organización que desde hoy formo parte.

Nombre y Apellidos	Cargo	Firma
X Julian Alonso Gaona Arias	X Internista	X

La información contenida en el presente documento es propiedad de GESTIONARBIENESTAR. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.