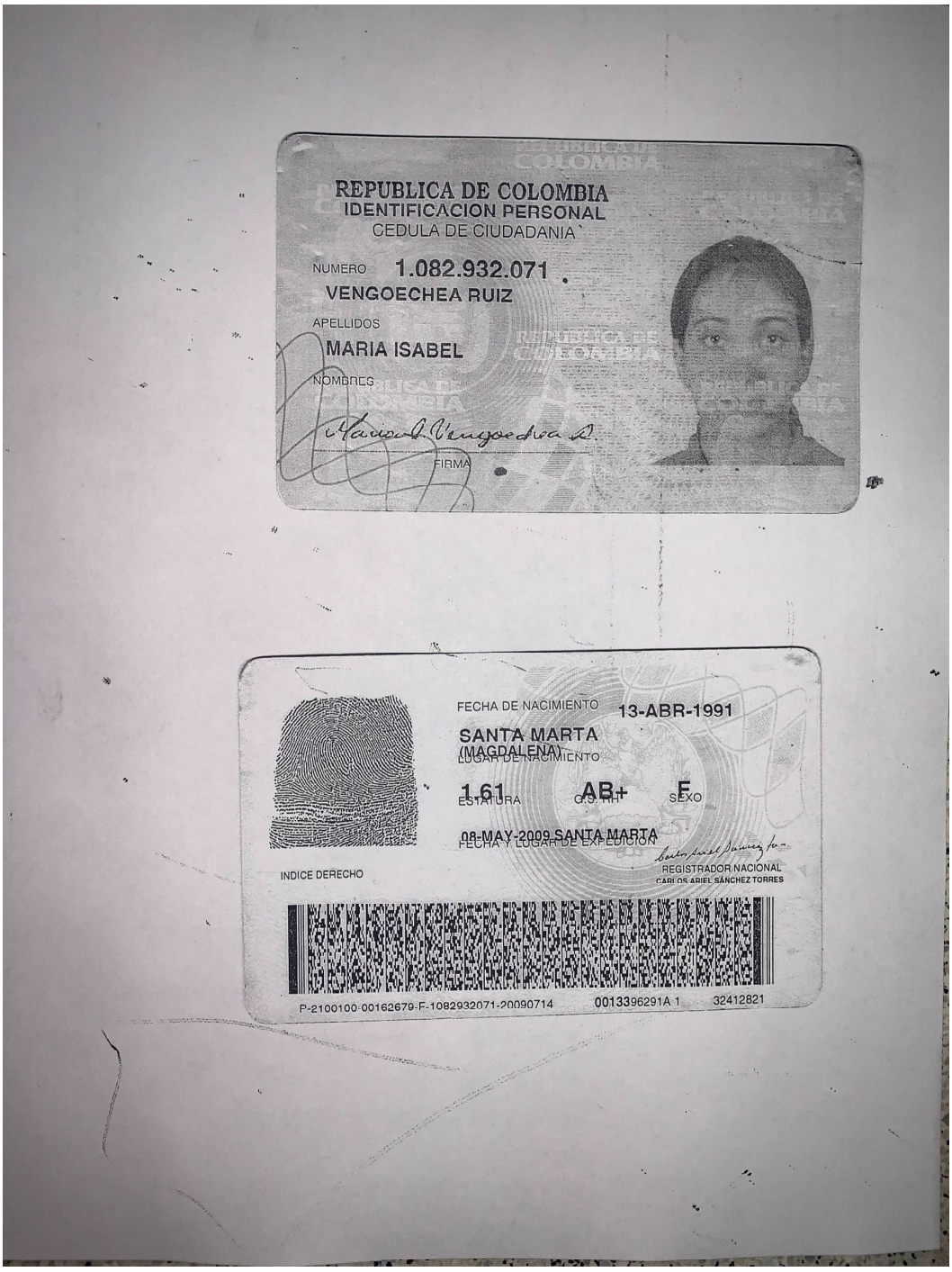
En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO, MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ**, Identificado con Cédula No. **1.082.932.071** y Profesión **MEDICO GENERAL AUTORIZO** que el**HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan acontinuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	X	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**	X	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual**).	X	
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**	X	
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	X	
15	Tarjeta Profesional	X	
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)	X	
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial).**	X	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)	X	
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.	X	
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de ***Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal***)	X	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*	X	
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		X
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	X	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	



Scanned with CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082932071**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082932071	VENGOECHEA	RUIZ	MARIA	ISABEL	2022-07-17, 12:08 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1082932071	VENGOECHEA	RUIZ	MARIA	ISABEL	2022-12-12, 7:42 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1082932071	VENGOECHEA	RUIZ	MARIA	ISABEL	2023-06-06, 7:40 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) **MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ,** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1.082.932.071,** expedida en **SANTA MARTA - MAGDALENA**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día **09** del mes de septiembre de 2023.

Firma _____

Nombre **MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ**

Cédula **1.082.932.071**

COPIA CONTROLADA

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	MEDICO
Título	Dr(a)
Nombre	MARIA ISABEL
Apellidos	VENGOECHEA RUIZ
Fecha de Nacimiento	13/04/1991 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1082932071
Dirección	MIRADOR DE MINCA TORRE 11 APTO 503
Código postal	470008
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	mariaisabelvengoechearuiz@hotmail.com
Teléfono	3008529330
Celular	3008529330
Nivel Educativo	Posgrado

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	marichy
SMS para recuperar la contraseña	3008529330

Editar

Santa Marta, Septiembre de 2023

Señores

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Ciudad

REF.: PROPUESTA LABORAL

Por medio de la presente me permito presentar propuesta laboral, con el fin de que sea tenida en cuenta ofreciendo los servicios como médico general en la Unidad de Cuidados Intensivos - Neonatal de ese centro de salud.

La propuesta se basa en la atención en partos, niños con patología respiratoria, prematuros de muy bajo peso, infectados o con sospecha de sepsis severa, recién nacidos con malformaciones mayores o patologías complejas que requieran estudio y/o monitorización avanzada, entre otras.

En espera que la propuesta sea de su total satisfacción y poder atender sus requerimientos.

Cordialmente,



María Isabel Vengoechea Ruiz

Médico general

RM. 1082932071

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14790368143

(415)7707212489984(8020) 000001479036814 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 3 2 0 7 1	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VENGOECHEA	RUIZ	MARIA	ISABEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 21 12 48 BRR ALCAZARES

42. Correo electrónico mariaisabelvengoechearuiz@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 8 5 2 9 3 3 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 7 1 2 0 6						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	2	0																								

20- Obtención NIT

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 2021 - 10 - 01 / 12 : 26: 13

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre VENGOECHEA RUIZ MARIA ISABEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Vengoechea	Ruiz	Maria Isabel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 1082932071	F X M ○	COL. X EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 13 MES 04 AÑO 1991	Conj. Resd. Mirador de Minca Apartamento El Cisne			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	mariaisabelvengoechearuiz@hotma

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° X	MES	12	AÑO	2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
POSTGRADO	2	X			04	2020	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	03	2016	1082932071

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

4 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA EL PRADO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4378869	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	14	*Mes*	12	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 N 25 46				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA MAR CARIBE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4206464	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	07	*Mes*	09	*Año*	2019	*Día*	12	*Mes*	07	*Año* 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 19 A 23 32				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	09	*Año* 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año* 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA CIENTIFICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42				

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4340897	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	09	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

5 **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

6 **TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	1

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento *Santa Marta, Magdalena*

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 76

PROGRAMA: MEDICINA

CÓDIGO SNIES: 3529

FECHA DE GRADO: 29 DE JULIO DE 2016.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ
con cédula de ciudadanía No 1.082.932.071 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de MEDICA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 10 en sesión del día 29 de junio de 2016.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Sede, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDÓN RANGEL

Director(a) de sede: ADRIANA SANTARELLI FRANCO

Decano(a) Facultad: SALIN RAMON TOUCHIE MEZA

Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 29 DE JULIO DE 2016.

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

UTADEO
UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

ACTA DE GRADO

La Suscrita Secretaria General de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, certifica la parte pertinente del Acta de Grado número SETECIENTOS VEINTINUEVE (0729) correspondiente al día DIECISIETE (17) de ABRIL de DOS MIL VEINTE (2020).

Registrada en el Libro de Actas de Posgrado número DIEZ (10), folio número SESENTA Y DOS (62).

Libro de Registro VEINTISEIS (26), folio número CIENTO CUARENTA Y SEIS (146). Registro número DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS (233482).

"En la ciudad de Santa Marta, del día DIECISIETE (17) de ABRIL de DOS MIL VEINTE (2020), la Universidad Jorge Tadeo Lozano otorgó el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

A

MARÍA ISABEL VENGOECHEA RUIZ

Identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1082932071, quien terminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los requisitos exigidos por la institución.

Se firma la presente Acta, por los que en ella intervinieron:

RECTOR CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN
DIRECTOR (E) SEDE SANTA MARTA CARLOS ERNESTO PACHÓN MANTILLA
SECRETARIA GENERAL LINA MARÍA CEPEDA MELO
DECANO DE LA FACULTAD CARLOS ANDRÉS BRANDO SALAMANCA"

Se expide en BOGOTÁ D.C., el día DIECISIETE (17) de ABRIL de DOS MIL VEINTE (2020).

Lina Maria Cepeda M
LINA MARÍA CEPEDA MELO
Secretaria General

VIGILADA MINEDUCACIÓN
TARIMAS SOBRE A SOBRE
Personería Jurídica No. 2613 de 1959. Mineducación

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio de La Presentación

Santa Marta, D.T.C.H.

Con Reconocimiento Oficial, según Resolución No. 490 del 30 de agosto de 2001, emanado de la Secretaría de Educación Distrital,

Confiere a:

Maria Isabel Vengoechea Ruíz

Identificada con R.C. No. 17223920

El Título de

Bachiller Académico
con profundización en Humanidades

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

Fecha de Grado: 24 de noviembre de 2007

H. Rubia Teresa Barros
Rectora

Angélica Fuentes Monsalvo
Secretaria General

Duplicado expedido en Santa Marta, D.T.H.C., el día 5 de noviembre de 2020.

No requiere registro, según Decreto No.921 del 06 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Duplicado Decreto 180 de 1981

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UTADEO
UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

LA UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

PERSONERÍA JURÍDICA No. 2613 DE 1959. MINJUSTICIA

CON LAS DEBIDAS AUTORIZACIONES LEGALES Y EN CONSIDERACIÓN A QUE

María Isabel Vengoechea Ruiz

C. C. 1.082.932.071 de Santa Marta

TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LAS PRUEBAS REGLAMENTARIAS,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL,
A LOS 17 DÍAS DEL MES DE abril DEL AÑO 2020

RECTOR

DECANO

Jina María Cepeda M
SECRETARIO GENERAL

LIBRO DE REGISTRO DE GRADO No. 86 , FOLIO 146 , REGISTRO No. 233282

LIBRO DE ACTAS DE GRADO No. 10 , FOLIO 62 , ACTA DE GRADO No. 729

038981

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

En atención a que

MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ

con cédula de ciudadanía No. 1.082.932.071 **de** Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta **el día** 29 **de** Julio **de** 2016

Director(a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos J
Secretario(a) General

Folio No. 145 **Libro de Registros No.** 8 **Registro No.** 10184 **Refrendado en** Santa Marta **el día** 29 **de** Julio **de** 2016

Registro y Diplomas

El Ministerio de Educación Nacional certifica para todos los efectos legales y académicos en el exterior que la Institución de educación superior que expide el presente documento esta debidamente reconocida y autorizada por el Gobierno Nacional

NO SE ASUME LA RESPONSABILIDAD DEL TEXTO DEL DOCUMENTO

2017 FEB 23 AM 11:22

FIRMA AUTORIZADA

L. Viviana Quiroga C.
Secretaria Ejecutiva

UTADEO
UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

ACTA DE GRADO

La Suscrita Secretaria General de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, certifica la parte pertinente del Acta de Grado número SETECIENTOS VEINTINUEVE (0729) correspondiente al día DIECISIETE (17) de ABRIL de DOS MIL VEINTE (2020).

Registrada en el Libro de Actas de Posgrado número DIEZ (10), folio número SESENTA Y DOS (62).

Libro de Registro VEINTISEIS (26), folio número CIENTO CUARENTA Y SEIS (146). Registro número DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS (233482).

"En la ciudad de Santa Marta, del día DIECISIETE (17) de ABRIL de DOS MIL VEINTE (2020), la Universidad Jorge Tadeo Lozano otorgó el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

A

MARÍA ISABEL VENGOECHEA RUIZ

Identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1082932071, quien terminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los requisitos exigidos por la institución.

Se firma la presente Acta, por los que en ella intervinieron:

RECTOR CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN
DIRECTOR (E) SEDE SANTA MARTA CARLOS ERNESTO PACHÓN MANTILLA
SECRETARIA GENERAL LINA MARÍA CEPEDA MELO
DECANO DE LA FACULTAD CARLOS ANDRÉS BRANDO SALAMANCA"

Se expide en BOGOTÁ D.C., el día DIECISIETE (17) de ABRIL de DOS MIL VEINTE (2020).

Lina María Cepeda M
LINA MARÍA CEPEDA MELO
Secretaria General

VIGILADA MINEDUCACIÓN
TARIFAS 0600 A 0065
Personería Jurídica No. 2613 de 1999. Minjusticia

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108293207100127834

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MARIA VENGOECHEA RUIZ**, identificado(a) con C.C. No. 1082932071 y T.P. o R.M. No. 1082932071 del(a) Secretaría Seccional de Salud del Magdalena, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 05 junio 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

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

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
23/10/2017 Folios: 1
Origen: 1012/RPSS/REGISTROS PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD
Destinatario: MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ
E-2017-028861

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

Certifica

Que conforme a lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, el (la) profesional **MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1,082,932,071 expedida en Santa Marta - Magdalena, cumplió el servicio social obligatorio como MÉDICA en La E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en la siguiente plaza y fecha.

Código Plaza	Lugar donde realizó el SSO	Modalidad (*)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
4700100071281-1	La E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta	Prestación de Servicios	24 de Septiembre de 2016	23 de Septiembre de 2017

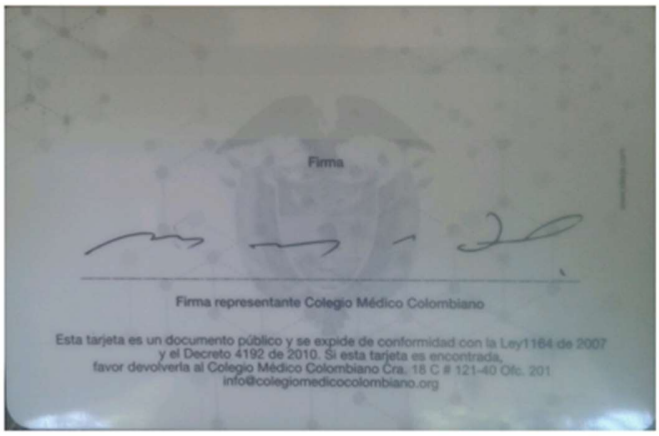
*según artículo 6 de la Resolución 1058 de 2010.

Santa Marta, Octubre 17 de 2017.

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud

Proyectó: Martha Vásquez
Revisó: Piedad De La Hoz Orozco


MINSALUD
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ
C.C o C.E 1082932071
Profesión u Ocupación
MEDICO
Especialidad
Institución de Educación
U. COOPERATIVA DE COLOMBIA
Ciudad SANTA MARTA
Fecha de expedición diploma 29/07/2016
Fecha de inscripción RETHUS 27/11/2017
1082932071


Firma
Firma representante Colegio Médico Colombiano
Esta tarjeta es un documento público 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

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.



Cambiar

5320

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-09-09→2:08:16 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1082932071	MARIA	ISABEL	VENGOECHEA	RUIZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ identificado(a) con CC 1082932071 registra La siguiente información:

2023-09-09→2:08:16 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2017-11-27	28335	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|SANTA MARTA	2016-09-24	2017-09-23	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

PÓLIZA Nº
1009627

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	Nº CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER Nº	CERTIFICADO LÍDER Nº	A.P.
13	12	2022	EXPEDICION	0			NO

TOMADOR	20661523-MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ	CC	1082.932.071
DIRECCIÓN	CONJUNTO MIRADOR DE MINCA T11 AP 503, SANTA MARTA, MAGDALENA	TELÉFONO	3008529330
ASEGURADO	20661523-MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ	CC	1082.932.071
DIRECCIÓN	CONJUNTO MIRADOR DE MINCA T11 AP 503, SANTA MARTA, MAGDALENA	TELÉFONO	3008529330

EMITIDO EN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
BARRANQUILLA	3502	35	13	12	2022	12	12	2022	00:00	12	12	2023	00:00	365

MONEDA	TIPO CAMBIO
Pesos	1.00

CARGAR A:	FORMA DE PAGO	VALOR ASEGURADO TOTAL
VENGOECHEA RUIZ MARIA ISABEL	4. 30 DIAS	$ 250,000,000.00

Riesgo: 1 -
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL, BARRANQUILLA, ATLANTICO

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	250,000,000.00	NO	0.00
2	** HONORARIOS PROFESIONALES	250,000,000.00	NO	0.00
3	** PREDIOS	250,000,000.00	NO	0.00
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	250,000,000.00	SI	160,000.00
5	*PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS D	250,000,000.00	NO	0.00
6	*SERVICIOS PRESTADOS DENTRO DE LOS PREDI	250,000,000.00	NO	0.00

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 0100010	100.000 %	NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

POR SOLICITUD DEL TOMADOR, SE EXPIDE LA PRESENTE POLIZA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

CLASE CLASE 1 - SIN CIRUGIA

ESPECIALIDAD MEDICO GENERAL
Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código de Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación,cancelación, nota crédito o nota debito.

PRIMA	$*******160,000.00
GASTOS	$***********0.00
IVA	$******30,400.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	$*****190,400.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

13/12/2022 15:38:14

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
5704	3	FPF SEGUROS LTDA		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1009627 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

OBJETO

Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido.

CONDICIONES GENERALES
Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP004VERSION009-D00I que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA
La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "por reclamación", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

RETROACTIVIDAD
" Inicio de vigencia de la presente póliza
" Desde el 12 de dicimebre de 2022 sin que existan periodos de interrupción
" Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por La Previsora S.A. sin que existan periodos de interrupción.

LÍMITE TERRITORIAL República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN República de Colombia

LIMITE ASEGURADO 250.000.000 por evento y por vigencia (Según solicitud del cliente) combinado para todos los amparos).
* Los sublímites y coberturas ofrecidas, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
* En aquellos amparos donde no se establezca sublímite, se entienden otorgados al 100% del límite asegurado

AMPAROS

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil profesional médica de acuerdo con el numeral 1.1.1. de la cláusula primera del condicionado general. Extendiendo cobertura a la responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:

a. Equipos de radiografía con fines de diagnósticos
b. Equipos de rayos x para terapéutica
c. Equipos de tomografía por ordenador (scanner)
d. Equipos de radiación por isotopos para terapéutica
e. Equipos de generación de rayos laser
f. Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.

Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

1.1. Perjuicios patrimoniales, incluye daños emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.
1.2. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza; sublimitado al 100% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

.

1.3. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.
Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1009627 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

1.4. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.1.3. del condicionado general, esta amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20% respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

1.5. Costos de cauciones, según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil general de acuerdo con el numeral 1.1.2. de la cláusula primera del condicionado general. Así mismo se cubre la responsabilidad civil del asegurado, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

2.1. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

2.2. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.1.3. del condicionado general, esta amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20% respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

2.3. Costos de cauciones, según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

2.4. Perjuicios patrimoniales, incluye daños emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

2.5. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación, al igual que los perjuicios patrimoniales como consecuencia de la prestación de estos servicios.
2. Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA / HIV y/o Hepatitis cualquiera que fuere su causa u origen.
3. Responsabilidad civil por fallas en el suministro de servicios públicos
4. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
5. Enfermedades profesionales
6. EXCLUSIÓN EPIDEMIAS Y PANDEMIAS: Sin perjuicio de cualquier otra disposición, esta póliza no cubre ninguna reclamación, pérdida, responsabilidad, costo o gasto de cualquier naturaleza que surja directa o indirectamente de, contribuya o resulte de epidemia y/o pandemia y/o la enfermedad por coronavirus (COVID-19), enfermedad respiratoria aguda grave síndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), o cualquier mutación o variación del mismo. Esta exclusión también se aplica a cualquier reclamo, pérdida, costo o gasto de cualquier naturaleza que surja directa o indirectamente de, contribuido o resultante de: (i) cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) de; o (ii) cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de cualquier manera relacionada con cualquier brote de: epidemias y/o pandemias y/o enfermedad por coronavirus (COVID-19), coronavirus 2 por síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), o cualquier mutación o variación del mismo.
7. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
8. Daños genéticos a personas o animales.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1009627 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

9. Reclamaciones originadas por terremoto, erupción volcánica (actos de la naturaleza) y en general todos los eventos que escapen del control del asegurado.
DEDUCIBLES APLICABLES

1. Gastos médicos de emergencia: sin deducible
2. Costos y gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

OTRAS CONDICIONES:

1. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN UNILATERAL DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA - AMPLIACIÓN DEL PLAZO A 30 DÍAS HÁBILES: Modifica parcialmente la Cláusula Décima Primera de las Condiciones Generales de la Póliza en cuanto al plazo allí previsto. En consecuencia, este seguro podrá ser revocado unilateralmente por PREVISORA, mediante noticia escrita al asegurado enviada a su última dirección conocida con no menos de 30 días hábiles de antelación contados a partir de la fecha del envío.

2. CLÁUSULA DE NO RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA: Queda entendido que la suma asegurada se reduce desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía, y la misma no se entiende restablecida en ningún momento.

3. CLÁUSULA DE NO AMPARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES: Queda entendido que para la inclusión de nuevos predios y/u operaciones, el asegurado deberá solicitarla por escrito a la Previsora, la cual una vez efectúe el respectivo análisis determinara si da lugar o no a la aceptación del nuevo riesgo u operación y al cobro de prima adicional.

CERTIFICADO
DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

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

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ

Con Cédula de Ciudadanía No. **1.082.932.071**

Asistió y aprobó la actualización teórico - práctica en

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizada el día 07 de diciembre de 2022 en Santa Marta (Magdalena), con una intensidad de 40 (cuarenta) horas.

Angélica Peña
Directora Administrativa

Fabián Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"

CERTIFICADO
DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

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

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ

Con Cédula de Ciudadanía No. **1.082.932.071**

Asistió y aprobó la actualización teórico - práctica en

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizada el día 19 de Julio de 2022 en Santa Marta (Magdalena), con una intensidad de 48 (cuarenta y ocho) horas.

Angélica Peña
Directora Administrativa

Fabián Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ
C.C. 1.082.932.071

ASISTIO AL :

"DIPLOMADO UCI PEDIATRICO Y NEONATAL"

"APOYO VITAL DEL PACIENTE PEDIATRICO Y NEONATAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA), EL DIA 28 DE MAYO DE 2018
DURACIÓN 120 HORAS.

TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, ABORDAJE DEL NIÑO CRITICO, URGENCIAS PEDIATRICAS, MANEJO DE LA VIA AEREA, NEONATOLOGIA I, NEONATOLOGIA II.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
REGISTRO MEDICO 8669/96
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
MD. NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

KAREN LOBO NARVAEZ
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

FECHA DE RENOVACION MAYO 2020.

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759



ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

MARÍA ISABEL VENGOECHEA RUIZ

C.C. 1.082.932.071

Por haber asistido y aprobado el curso:

formación continua en

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Realizado en modalidad virtual del 30 y 31 de Octubre de 2021,
con una intensidad horaria de 20 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

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

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO
DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

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

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ

Con Cédula de Ciudadanía No. **1.082.932.071**

Asistió y aprobó la actualización teórico - práctica en

AFRONTAMIENTO DE DUELO Y TERAPIA EMOCIONAL

Realizada el día 12 de diciembre de 2022 en Santa Marta (Magdalena), con una intensidad de 40 (cuarenta) horas.

Angélica Peña
Directora Administrativa

Fabián Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"

www.acess.com.co

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

MARÍA ISABEL VENGOECHEA RUIZ

C.C. 1.082.932.071

Por haber asistido y aprobado el curso:

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CURSO ONLINE

HUMAN ORGAN FOR TRANSPLANT

Realizado en modalidad virtual del 14 y 15 de Octubre de 2021,
con una intensidad horaria de 20 horas.
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

CS Escaneado con Cam

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

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

CERTIFICADO
DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

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

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ

Con Cédula de Ciudadanía No. **1.082.932.071**

Asistió y aprobó la actualización teórico - práctica en

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Realizada el día 04 de diciembre de 2022 en Santa Marta (Magdalena), con una intensidad de 40 (cuarenta) horas.

Angélica Peña
Directora Administrativa

Fabián Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 25/Nov/2021, **Hora:** 03:57:42 p.m.
Apellido: Vengoechea Ruiz **Nombre:** Maria Isabel
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1082932071
Empresa: Particular
Cargo: Medico General
Direccion: Cra 66 No 48a-128 Cisne
Telefono: **Celular:** 3008529330 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 62 Kg **Estatura:** 157 Cm **IMC:** 25.1 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sin Definir **ARL:** Sin Definir **AFP:** Sin Definir

HC: # 67836
Edad: 30 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 13/Abr/1991
Rh: AB+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

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

Observaciones

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

María I. Vengoechea

Maria Isabel Vengoechea Ruiz
CC 1082932071

H
D

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
NIT: 891.780.185-

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL "FERNANDO TROCONIS"

CERTIFICA

Que la señora, **MARIA ISABEL VENGOCHEA RUIZ**, identificada con cedula de Ciudadanía No **1082932071**, es contratista de esta ESE Hospital Universitario Fernando Troconis prestando sus servicios como **MEDICO GENERAL,** en virtud de la siguiente orden de Prestación de Servicios:

1-No **689** de fecha 15 de Enero de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 15 de Enero al 30 de Junio de 2018, y por un valor de VEINTIDOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($22.800.000.00).
2-No **1326** de fecha 3 de JULIO de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 4 de julio al 15 de agosto de 2018, y por un valor de ONCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($11.400.000.00).

Lo anterior se expide por solicitud del interesado, a los veintiún (21) días del mes de agosto de 2018, para tramitar Visa americana.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ

Dirección: Carrera 14 No 23-42 Santa Marta-Colombia
E-mail: talentohumano@hospitalfernandotroconis.com
Teléfonos: 4346262 Ext. 140 -3215399661-3157199484

CLÍNICA PRADO
Servicio Humanizado por Vocación

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO DE
SOCIEDAD MEDICA DE SANTA MARTA S.A.S
Nit 891701664-1

CERTIFICA

Que la señora MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ, identificada con cédula de ciudadanía N° 1082932071, tiene un contrato de trabajo INDEFINIDO con la empresa, desde el 14 de Diciembre de 2018 desempeñando el cargo de MEDICO GENERAL y un salario básico mensual de $ 2.584.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS CON 0/100).

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de SANTA MARTA el día 29 de Noviembre de 2021.

Atentamente,

TATIANA TRUJILLO CUADRO
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CARRERA 5 N° 25-46 BARRIO EL PRADO CEL 3107280497
E-mail: Nominaelprado@gmail.com
SANTA MARTA - MAGDALENA

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1082932071 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 09/09/2023 01:45 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

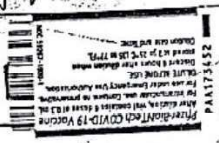
Nombres: Maria Isabel

Apellidos: Vengochea Ruiz

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1082932071

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 04 Año 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20-02-21	Pfizer	EN1194	clinicapredo	Luz Arias	26.666.823
	2	13-03-21	Pfizer	EN1195	clinicapredo	Luz Arias	26.666.823
		29/11/21		EN1166	Natalis.	Lizbeth Ulloria	39047.825

Escaneado con CamScanner

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: [illegible]

Apellidos: [illegible]

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. [illegible]

Fecha de Nacimiento: Día 13 Mes 04 Año 1991

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

Conservelo

VACUNACION
Colombiana
Nacional Magdalena

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

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: María Isabela

Apellidos: Vengoechea

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1082932071

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 04 Año 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	26-3-15	013 N 3001	Juan Polo.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
✓ Contra Hepatitis B	1	26-3-15	Uva 12002	Juan Polo
	2	27-04-15	Iso 22001	
	3	29-05-15	Uva 21003	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
✓ Contra Influenza	1	26-3-15	14 10 501	Juan Polo
Virus de Papiloma Humano				
Toxoide	1	26-3-15	0001413	Juan Polo.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	05-12-12	02 12 [illegible]	[illegible]
	2	05-01-13	[illegible]	LR
	3	05-07-13	[illegible]	LR
	4	07-14-13	[illegible]	LR
	5	[illegible]	[illegible]	
Contra Hepatitis B	1	12-09-10	A#B3C079AC	Maria R.
	2	14-12-10	84DB	Sandra Perez
	3	16-03-11	BA03431	Daniel R.

VACUNACION
Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena
Nit. 891703027-9

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	10-05-11	6505.	20 años	Nazira R.
Contra Influenza				
Otras				

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-06-05 12:22

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	ISABEL	VENGOECHEA	RUIZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082932071

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$58.620.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$3.500.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$62.120.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$91.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ identificado(a) con CC 1082932071 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**23/11/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SANTA MARTA**
Categoría:	**B**

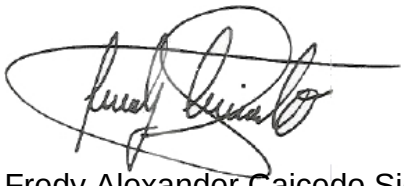
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 09 días del mes de septiembre del año 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ identificado(a) con C.C No. 1.082.932.071, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 09 de septiembre del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos														Sexo			
MARIA ISABEL VENGOECHEA RUIZ														M		F	X
Tipo de Documento									Número			Expedida en			Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082932071			SANTA MARTA			08-MAYO-09		
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo					No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicacion		
Soltero	Casado	Divorciado		U. libre	Viudo	Primari	Bachiller	Técnico	Universidad			Propia	Arrendada	Famili	Rural	Urban	
X									X		1	X				X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento		
13	04	1991	SANTA MARTA			CONJ. RES. MIRADOR DE MINCA						SANTA MARTA			MAGDALENA		
Correo Electrónico												No. Celular			Telefono		
mariaisabelvengoechearuiz@hotmail.com												3008529330			3008529330		
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU					
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado									
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIIU					
MEDICO GENERAL																	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

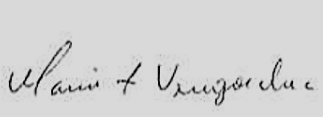
Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio								Cargo
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?		MEDICO GENERAL
Dirección de empresa o negocio	Ciudad				Barrio				No. Teléfono
CARRERA 14 N° 23 - 42	SANTA MARTA				ALCAZARES				
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?					SI		NO	X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales $5.000.000			Total Egresos mensules $5.000.000				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera sumin	Mes	Año	Es declarante?	SI	X	NO	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? NO							
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO							
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: ACTIVIDAD PROFESIONAL							

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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





5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento