
 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	<b>LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL</b>		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	02
		VIGENCIA	04/05/2023

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

**NOMBRES Y APELLIDOS: PAULA ANDREA GARCIA AMAYA**

**CARGO: MEDICO GENERAL**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
<b>GESTION DEL TALENTO HUMANO</b>					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	/			
2	Hoja de vida en pdf (actualizada con foto)	/			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	/			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	/			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses	/			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses	/			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	/			
8	Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses	/			
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	/			
10	RUT Actualizado	/			
11	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	/			
12	Certificado actual de afiliación EPS	/			
13	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	/			
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	/			
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II	/			
16	Formato de oferta de prestación de servicios	/			
17	Formato de indemnidad	/			
18	Formato de ARL	/			
19	Autorización manejo de datos personales (habeas data)	/			
20	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	/			
21	Formato de Inhabilidades e Incompatibilidades	/			
22	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	/			
23	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	/			
24	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	/			
25	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visometría *Vigencia de 3 años	/			
<b>SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO</b>					
26	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
27	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
28	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
29	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado	/			
30	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Tarjeta profesional	/			
33	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
34	ReTHUS actualizado- pregrado y postgrado (Asistenciales)	/			
35	Resolución de convalidación de títulos *Aplica para extranjeros				
<b>CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES</b>					
36	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	/			
37	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	/			
38	Manejo del duelo (Asistenciales)	/			
39	Inducción - reinducción corporativa (Todos)	/			
<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS</b>					
40	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
41	Toma de muestra con fecha de vigencia				
<b>JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS</b>					
42	Toma de muestra con fecha de vigencia				
43	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
<b>MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS</b>					
44	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia	/			
45	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
46	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.	/			
<b>MEDICO URGENCIOLOGO</b>					
47	Certificado en formación de sedación				
<b>ODONTOLOGO</b>					
48	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD</b>					
49	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
50	Toma de muestra con fecha de vigencia				
<b>JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD</b>					
51	Retiro e inserción DIU				
52	Retiro e inserción JADELLE				

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	<b>LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL</b>	
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO TH_FTO_10 VERSIÓN 02 VIGENCIA 04/05/2023

53	Certificado de formación en toma de citología				
54	Soporte vital avanzado				
<b>MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD</b>					
55	Soporte v tal avanzado				
<b>CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS</b>					
56	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
57	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
58	Registro único nacional de tránsito RUNT				
59	Licencia de conducción				
60	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito				
61	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * Vigencia 3 años.				
<b>AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA</b>					
62	Soporte vital básico				
63	Primeros Auxilios				
64	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
<b>INGENIERO BIOMEDICO</b>					
65	Certificado del registro INVIMA				
<b>SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO</b>					
66	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
67	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
<b>RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)</b>					
68	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
69	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular, visimetría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
<b>SERVICIO DE ALIMENTACION</b>					
70	Certificación de manipulación de alimentos				
71	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
<b>MANTENIMIENTO</b>					
72	Certificado curso de alturas				
73	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
<b>EXPERIENCIA LABORAL</b>					
74	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado				
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).
- El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

  
 COORDINADORA TALENTO HUMANO  
 ROSANA ALEXANDRA SANTO ANGEL

Soacha, 6 de Diciembre de 2023

Doctor.

**DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO**

Gerente (E)

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

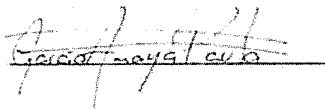
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: PAULA ANDREA GARCIA AMAYA

Cargo: MEDICO URGENCIAS

Respetado Doctor Diego Alejandro Garcia Londoño, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



Paula Andrea Garcia Amaya

Nombre: PAULA ANDREA GARCIA AMAYA

CC: 1010235978

Dirección: CALLE 42 B # 78 B-34

Email: [garciaamayapaula@hotmail.com](mailto:garciaamayapaula@hotmail.com)

Teléfono/ Celular: 3102408171

# Hoja de vida

## Información básica

**Nombres y apellidos:** Paula Andrea García Amaya

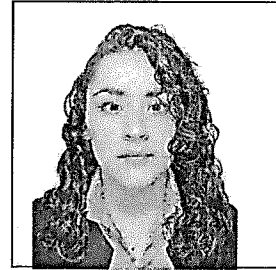
**Edad:** 25 años

**Cédula:** 1.010.235.978 de Bogotá D.C

**Teléfono:** 310 240 8171

**Dirección:** Calle 42 B Sur #78-34 / Kennedy-Palenque

**Correo electrónico:** [garciaamayapaula@hotmail.com](mailto:garciaamayapaula@hotmail.com)



## Perfil laboral

Médico general egresada de la Universidad Antonio Nariño; una joven laboralmente proactiva y resiliente, es decir, me sitúo y adecuo rápida y estratégicamente ante las diferentes situaciones que se presentan en el contexto profesional hospitalario. Por tanto, cuento con la disposición de desarrollar y mejorar aptitudes que me permitan ser capaz de predecir, evitar y actuar favorablemente ante las posibles dificultades que puedan presentarse en el ejercicio laboral. En adición, debo resaltar el alto sentido de pertenencia, de ética, de vocación y de pasión al servicio que me caracteriza, siempre con el fin de brindar adecuada y pertinentemente mis conocimientos y aptitudes a la hora de tomar decisiones resolutivas en pro de los pacientes.

Por otro lado, una descripción más detallada sobre mi formación, es que actualmente cuento con capacitación certificada en soporte vital básico (BLS) y avanzado (ACLS), atención a víctimas de violencia sexual y de género, atención a víctimas de ataques con agentes químicos, manejo en situaciones del duelo, manejo en paciente intoxicado, gases arteriales y electrocardiograma.

En este sentido, mi experiencia laboral se ha construido a partir de los diferentes servicios prácticos que he prestado y presenciado a lo largo de mi formación profesional, en el área de urgencias adultos y urgencias pediátricas en aquellos centros hospitalarios que pertenecen a la Subred integrada de servicio de salud E.S.E, tales como UMHES Meissen y USS Vista hermosa, lugar donde realicé mi Servicio Social Obligatorio. De esta manera, tengo conocimientos respecto al funcionamiento, lineamientos, rutas, protocolos, recursos y atención que se presta en dicha subred.

## Formación académica

1. Bachiller del Colegio Los Periodistas. Graduada en 2013.
2. Médica general de la Universidad Antonio Nariño. Graduada en 2021. Internado - Subred sur - UMHES Tunal - UMHES Meissen - USS Tunjuelito

## Otros:

- Código Fucsia (atención a víctimas de violencia sexual), en Cataleya Centro de Entrenamiento Médico. Intensidad horaria 48 h, terminado en junio de 2021

# Hoja de vida

- Manejo en situaciones de duelo Cataleya Centro de Entrenamiento Médico. Intensidad horaria 48 h, terminado el 21 de junio de 2023.
- Soporte Vital Básico en Cataleya Centro de Entrenamiento Médico. Intensidad horaria 20 h, terminado el 21 de junio de 2023.
- Soporte Vital Cardiovascular Avanzado en Cataleya Centro de Entrenamiento Médico. Intensidad horaria 48 h, terminado el 21 de junio de 2023.
- Atención Integral a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos en Cataleya Centro de Entrenamiento Médico. Intensidad horaria 48 h, terminado el 21 de junio de 2023.
- Código EFRAHIN: la clave para la interpretación del electrocardiograma. Intensidad horaria 20 h, terminado el 21 de junio de 2023.
- GASPER: gases sanguíneos y perfusión tisular en reanimación. Intensidad horaria 20 h, terminado el 21 de junio de 2023.
- Abordaje y manejo inicial del paciente intoxicado. Intensidad horaria 20h, terminado el 21 de junio de 2023.
- Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal en Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Intensidad 110 h, terminado en agosto del 2020.
- Ruta Institucional para Manejo de Coronavirus (COVID-19). Recurso Interactivo. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 2020.
- Entrenamiento básico en UCI con énfasis en manejo de paciente COVID-19, en Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME. Intensidad horaria 12 h, terminado en mayo del 2020.
- Correcto llenado del Certificado de Defunción en Organización Panamericana de la Salud. Intensidad horaria: 4 h, terminado en marzo del 2020.
- Curso Multiplicador Voluntario de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes en Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Red de Donación y Trasplante. Intensidad horario 5 h, terminado en enero del 2020.

# Hoja de vida

## Experiencia laboral

### **1. SUBRED SUR E.S.E USS VISTA HERMOSA, UMESH MEISSEN**

Bogotá D.C

Área de urgencias integrales y pediátricas

Agosto 2021 - Agosto 2022

Jefe inmediato: Dr. Jhonatan Bautista Cel:3204969708

## Funciones

1. USS Vista hermosa: Servicio de urgencias integrales

Agosto 2021 - Abril de 2022

2. UMHES Meissen: Servicio de urgencias integrales

Abril 2022 - Agosto 2022

### **2. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**

Soacha

Área de urgencias integrales

Enero 2023 - Octubre 2023

Jefe inmediato: Dr. Jefferson Fajardo Cel: 3228976180

# Hoja de vida

## Habilidades

Con base en la formación que he recibido en mi proceso de profesionalización y a la experiencia laboral adquirida en torno a funciones hospitalarias y al tratamiento directo con pacientes; he forjado una serie de competencias y capacidades necesarias, idóneas y pertinentes frente y en relación al ámbito profesional de la salud. Por tanto, considero poseer bases sólidas en mis habilidades prácticas, comunicativas, decisivas y resolutivas que se requieren cuando se habla de empleos relacionados con brindar a los pacientes un servicio de salud integral, óptimo y de calidad.

De acuerdo con lo anterior, considero que tengo una pericia asertiva al tratar con grupos e individuos, trátase de mis compañeros de trabajo o de los pacientes a quienes presto mi servicio. En adición, cabe resaltar que dentro de mi formación profesional he adquirido conocimientos ofimáticos centrados en el manejo e implementación de herramientas digitales y/o virtuales para el contexto hospitalario tales como redacción, sistematización y contenido de historias clínicas.

## Otros

Finalmente, aunado a las habilidades mencionadas, también considero importante resaltar virtudes que no solo he aprendido a lo largo de mi experiencia laboral, sino también a lo largo de mi vida. Las cuales son la responsabilidad, puntualidad, seriedad, formalidad, tolerancia, carisma y sobre todo el respeto por el compromiso adquirido a la hora de tomar un empleo.

## Referencias personales

Leidy Carolina Urrea Romero  
3102447076  
Médico General UAN

Daniela Estefanía Ramírez Calderón 3134843768  
Odontóloga UNICOC

Valentina Casas Romero 3105608635  
Médica General UAN

## Referencias familiares

Nixon Garcia Medina  
3114727148  
Subcomisario Policía Nacional

Nixon Alexander García Amaya  
3134332859  
Médico General UAN  
Especialista en Educación Médica U.Rosario

Nixon Alirio Medina Talero  
3054787973  
Licenciado en Biología, Especialista en Higiene y Salud, Magister en Docencia,

# Hoja de vida

Doctorado internacional en educación universitaria UPN, candidato a doctor en educación

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.235.978**

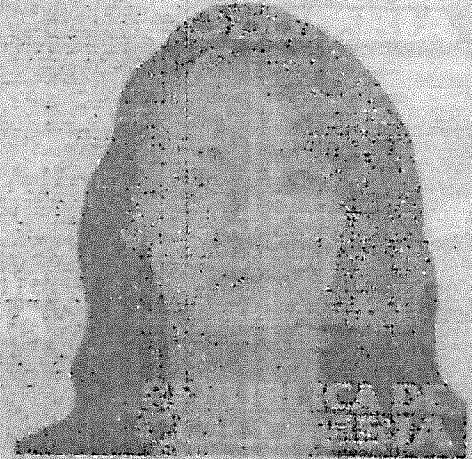
**GARCIA AMAYA**

APELLIDOS

**PAULA ANDREA**

NOMBRES

*Garcia Amaya Paula*  
FIRMA



Identificación

FECHA DE NACIMIENTO  
**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

**29-SEP-1997**

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.60**

**AB+**

**F**

ESTATURA

G.S. RH

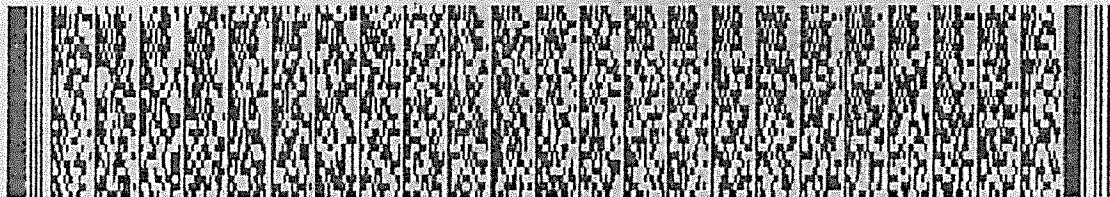
SEXO

**09-OCT-2015 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00759414-F-1010235978-20151105

0047318904A 2

45234850

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 236325350**



PIB  
14:31:58  
Hoja 1 de 01

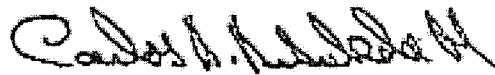
Bogotá DC, 05 de diciembre del 2023

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) PAULA ANDREA GARCIA AMAYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010235978:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**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>



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**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 CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 06 de noviembre de 2023, a las 13:52:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010235978
Código de Verificación	1010235978231106135253

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.

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.



YEZID LOZANO PUENTES  
Contralor Delegado

Generó: WEB



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.  
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C  
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 02:14:20 PM horas del 06/11/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1010235978

Apellidos y Nombres: **GARCIA AMAYA PAULA ANDREA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 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 identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/11/2023 02:17:31 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1010235978**.

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **77348711**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112





# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C101023597800155223


## EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA CERTIFICA

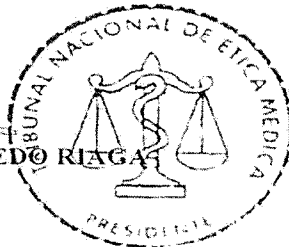
Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **PAULA ANDREA GARCIA AMAYA**, identificado(a) con C.C. No. 1010235978 y T.P. o R.M. No. 1010235978 del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, no registra sanciones vigentes.

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/](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/)

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 29 noviembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

  
BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIEGA  
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.

E - Mail [antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org](mailto:antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org), [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org)

[antecedentestribunal@outlook.com](mailto:antecedentestribunal@outlook.com)

2. Concepto   Actualización

4. Número de formulario

14880367868



(415)7707212489984(8020) 000001488036786 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 0 2 3 5 9 7 8

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

1 0 1 0 2 3 5 9 7 8

27. Fecha expedición

2 0 1 5 1 0 0 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

COLOMBIA

29. Departamento

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GARCÍA

32. Segundo apellido

AMAYA

33. Primer nombre

PAULA

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 42 B SUR # 78 34

42. Correo electrónico

garciaamayapaula@hotmail.com

43. Código postal

1

44. Teléfono 1

3 1 0 2 4 0 8 1 7 1

45. Teléfono 2

6 4 3 4 6 2 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 1 0 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT



Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

60. No. de Folios:

0

61. Fecha


2022 - 12 - 05 / 15 : 44: 08

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.  
Firma del solicitante:

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

984. Nombre GARCÍA AMAYA PAULA ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

 REGION DE SALUD SOACHA	<b>FORMATO SARLAFT</b>				Codigo	TH_FTO_45					
					Version	0					
					Vigencia	6/07/2022					
<b>SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT</b>											
FECHA:	2023-12-05	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA						
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.											
<b>CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)</b>											
PROVEEDOR	<input type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	CONTRATISTA OPS	<input checked="" type="checkbox"/>	SERVIDOR PUB	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>	CUAL:	
<b>I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL</b>											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
GARCIA		AMAYA		PAULA		ANDREA					
TIPO DE IDENTIFICACION			No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)					
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUP <input type="checkbox"/>			1010235978	BOGOTA		2015-10-09					
PASAPORTE <input type="checkbox"/>			OTRO <input type="checkbox"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:					
1997-09-29		BOGOTA		COLOMBIA		COLOMBIANO					
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR			
SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>				0		0		3102408171			
<b>NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA</b>							PROFESION / OFICIO				
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input checked="" type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> TECNOLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>							CUAL: MEDICO		CONTRATISTA		
DIRECCION RESIDENCIA:			CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA		
CALLE 42B SUR #78-34			BOGOTA		BOGOTA		COLOMBIA		N/A		
CORREO ELECTRONICO:			PORTAL O PAGINA INTERNET			TIPO DE VIVIENDA					
garciaamayapaula@gmail.com			CONJUNTO RESIDENCIAL			PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input checked="" type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>					
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)			CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX		
<b>2. DATOS DEL CONYUGE</b>											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)					
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUP <input type="checkbox"/>											
PASAPORTE <input type="checkbox"/>			OTRO <input type="checkbox"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD:					
<b>3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:</b>											
USUARIO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE <input type="checkbox"/>		ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/> EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/>		HOGAR <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/>		PENSIONADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/> OTRA... <input type="checkbox"/>		CUAL:			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA					
		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		8621					
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR							
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>							
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA							
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		ESE Región de Salud Soacha							
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO		SERVICIOS		SALUD		#NIT		
							X		800006850-3		
EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> AGRICOLA <input type="checkbox"/> ENERGETICA <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> TECNOLOGIA <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/>							OTRA <input checked="" type="checkbox"/>		CUAL:		



FORMATO SARLAFT

Codigo TH\_FTO\_45
Version 0
Vigencia 6/07/2022

Table with 5 columns: DIRECCION DE LA EMPRESA, TELEFONO, CIUDAD/MUNICIPIO, DEPARTAMENTO, PAIS. Values: CL 13 #10-48, (601) 730 92 30, SOACHA, CUNDINAMARCA, COLOMBIA.

Table with 2 columns: CARGO ACTUAL, FECHA VINCULACION. Values: MEDICO GENERAL, 2024-01-01

Section 4: SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO. Table with 5 columns: NUMERO DE EMPLEADOS, VENTAS ANUALES, CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA, DESCRIPCION ACTIVIDAD, FECHA CONSTITUCION, TIPO SOCIEDAD.

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

Financial summary table with columns: INGRESOS MENSUALES, EGRESOS MENSUALES, ACTIVOS, PASIVOS. Totals: \$ 6.817.272, \$ 1.800.000, \$ 4.500.000, \$ 2.900.000.

6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

Personal references table with columns: PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, DIRECCION, CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS, TIPO RELACION, TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR.

7. REFERENCIA FINANCIERA

Financial reference table with columns: NOMBRE ENTIDAD, TIPO DE PRODUCTO, NUMERO, SUCURSAL, TELEFONO. Value: BANCO BBVA, AHORROS, 66303033, Bogota, 6012430000.

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

Table with 6 columns: NOMBRE ENTIDAD, TIPO DE PRODUCTO, NUMERO, PAIS/CIUDAD, MONEDA, MONTO PROMEDIO. Values: N/A, N/A, N/A, N/A, N/A, N/A.

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS: IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ]

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA...

1. Que los recursos que entregue y entregare a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupacion, profesion, negocio, etc.): MEDICO GENERAL

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad lícita contemplada en el Código Penal Colombiano... 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre... 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas... 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración... 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha... 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o despendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante



REGION DE SALUD  
SOACHA

### FORMATO SARLAFT

Codigo	TH_FTO_45
Version	0
Vigencia	6/07/2022

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
  - Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
  - Fotocopia Inscripción en el Rit.
  - Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
  - Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
  - Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
- NOTA:** Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

#### 10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

##### CONSIDERACIONES

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

##### AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
  - FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
  - El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
- USUARIOS DE LA INFORMACION:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
- TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES:** Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
- DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
- DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
- DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
- RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION:** Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
- AUTORIZACION:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

#### IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho



CE-006 - 0000000100 – 2023

## CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1010235978
NOMBRES Y APELLIDOS	Garcia Amaya,Paula Andrea
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2023
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Garcia Amaya,Paula Andrea, a los 13 días del mes de diciembre del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación



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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**PAULA ANDREA GARCIA AMAYA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.235.978**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 13 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



# FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO García		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Amaya			NOMBRES Paula Andrea						
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1010235978				SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA			
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA							
FECHA		DÍA <input type="text" value="29"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="1997"/>		CALLE 42B SUR 78 34 casa 3 piso							
PAÍS		COLOMBIA		PAÍS		COLOMBIA		DEPTO	BOGOTÁ. D.C.		
DEPTO		BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO		BOGOTÁ. D.C.		TELÉFONO	6434622	EMAIL	garciaamayapaula@hotmail.com
MUNICIPIO		BOGOTÁ. D.C.		TELÉFONO		6434622		EMAIL	garciaamayapaula@hotmail.com		

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO	AÑO	2014
										<input checked="" type="checkbox"/>		11		

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	OBTENIDO	MES	AÑO	PROFESIONAL
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2021	

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

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
 Persona Natural  
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**3 EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3555555			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día		Mes		Año		Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS					DIRECCIÓN DIAGONAL 69R SUR 18N 6						

**4 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						

**5 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	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

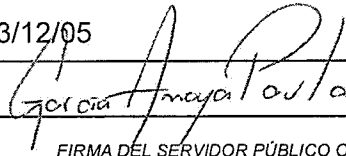
6

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SOACHA 2023/12/05

  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

**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

**FORMULARIO ÚNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES  
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

**1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, **Paula Andrea García Amaya**  
 IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. **1010235978** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
 PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ, D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ, D.C.  
 DIRECCIÓN: CALLE 42B SUR - 78 34 casa 3 piso TELÉFONO: 3102408171

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NIXON ALEXANDER GARCIA AMAYA	1010228778	HERMANO(A)
GLORIA ESPERANZA AMAYA FLOREZ	52525210	MADRE
NIXON GARCIA MEDINA	79572941	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN X** PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$5,800,000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$5,800,000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	CUENTA DE AHORROS	0066303033	KENNEDY	800,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	BPU69G	12,000,000
MUEBLES	KYV38G	13,000,000

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

**1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. C.E. T.I.	

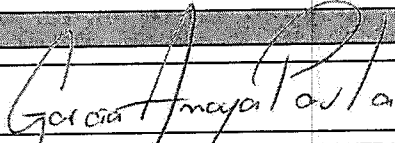
**2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA**

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 DE PARTICIPACIÓN**

**3. FIRMA**


  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOACHA 2023/12/05

CIUDAD Y FECHA

DAFP-GAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**  
**LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770**

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	<b>FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>							
	PROCESO: Gerencia del talento humano	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>TH_FTO_13</td> </tr> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>05/07/2022</td> </tr> </table>	CÓDIGO	TH_FTO_13	VERSIÓN	00	VIGENCIA	05/07/2022
	CÓDIGO	TH_FTO_13						
VERSIÓN	00							
VIGENCIA	05/07/2022							

Soacha, 06 de Diciembre de 2023

### NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo PAULA ANDREA GARCIA AMAYA identificado(a) con cedula No. 1010235978 de BOGOTA, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: MEDICO URGENCIAS manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo [www.computrabajo.com.co](http://www.computrabajo.com.co) y/o el [www.empleo.com](http://www.empleo.com).

Por lo anterior si () no () acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

***Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:***

---



---

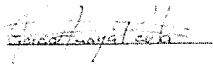


---




---

Atentamente,



C.C. 1010235978

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109**  
 Email: [www.hmgyc.com.co](http://www.hmgyc.com.co) Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.  
 Soacha –Cundinamarca-Colombia.

FORMATO DE INDEMNIDAD			
 GOBIERNO REGIONAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 06 de Diciembre de 2023

Señores,

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**

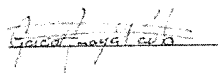
**E. S. M.**

Yo PAULA ANDREA GARCIA AMAYA, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1010235978 de BOGOTA, por medio del presente documento me permito manifestar que:


**PRIMERO:** Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, **b)** Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,



C.C. No. 1010235978 de BOGOTA

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	<b>FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL</b>							
	PROCESO: Gerencia del talento humano	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>SSO_FTO_01</td> </tr> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>05/07/2022</td> </tr> </table>	CÓDIGO	SSO_FTO_01	VERSIÓN	00	VIGENCIA	05/07/2022
	CÓDIGO	SSO_FTO_01						
VERSIÓN	00							
VIGENCIA	05/07/2022							

ARL SURA

**DATOS DEL CONTRATISTA:**

Nombre y apellido: PAULA ANDREA GARCIA AMAYA

Nº Documento: 1010235978

Fecha de Nacimiento: 1 6 / 0 7 / 1 9 9 6

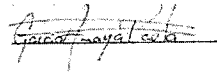
Dirección: Calle 42 b Sur #78-34

Teléfono. Fijo – Celular: 3134332859

E-mail: gamalfanx@gmail.com

EPS: Sanitas

AFP: Porvenir



Firma

Contratista:

**DATOS INSTITUCIONALES**

**DATOS DEL CONTRATO:**

Inicio: \_\_\_\_\_

Fecha Finalización: \_\_\_\_\_

Valor mensual: \_\_\_\_\_

Valor Total: \_\_\_\_\_

VoBo Área Contratación: \_\_\_\_\_

**DATOS AFILIACION:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma responsable Afiliación: \_\_\_\_\_

**NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.**

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

Medellín, 06 November 2023

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.  
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de ARL SURA S.A. a la fecha 06/11/2023 15:16, con relación a la afiliación y cobertura de PAULA GARCIA null identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 1010235978, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 01/07/2023  
Fecha de fin de cobertura:  
Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA  
Código de ocupación: 1000  
Descripción ocupación: Ind Afiliados por pagos  
Clase de riesgo: 3  
Porcentaje de cotización: 2.436

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10102359782331055007

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP:190.26.153.78,

Medellín, 26 de diciembre de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

**CERTIFICA:**

Que PAULA ANDREA GARCIA AMAYA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1010235978 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 27/12/2023

Fecha fin cobertura: 30/09/2024

<b>INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE</b>
<b>HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS N800006850</b>
<b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b> 3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN
<b>CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%</b>
<b>CENTRO DE TRABAJO: 000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES</b>
<b>CLASE: 3 PORCENTAJE: 2.436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES</b>
<b>ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:</b> 3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

<b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>
<b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b> 3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN
<b>CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001</b>
<b>CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%</b>


**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

null

	<b>AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS</b>	
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO TH FTO 31
		VERSIÓN 00
		VIGENCIA 5/07/2022

Soacha 06 de Diciembre de 2023

Señores: Universidad

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO -UAN

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo PAULA ANDREA GARCIA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Artículo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad “el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento”.

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

MEDICO GENERAL

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente:


Firma 

N° Documento 1010235978

Tarjeta Profesional N° 1010235978


Dirección de contacto Calle 42 b sur #78-34

Teléfono 3102408171


 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>	<b>COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS</b>		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:  
CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA**

Yo, PAULA ANDREA GARCIA AMAYA, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1010235978, expedida en BOGOTA, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiese causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	<b>COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS</b>		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022


los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA: Protección de datos.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA: Utilización de la información:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA: Contraseña:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA: Traspaso de información.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA: Bloqueo.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ: Aplicación normativa.** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	<b>COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS</b>		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA: Verificación de la confidencialidad y uso de la información.** La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA: Sanciones.** La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA: Vigencia.** El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

#### APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DATADOC</li> <li>• SIVIGILA</li> <li>• SIVISALA</li> <li>• MANGO</li> <li>• PAI WEB</li> <li>• DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA</li> <li>• PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES</li> </ul>	X
3	FICHAS DE NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>	<b>COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS</b>		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CODIGO	JUR_FTO_20
		VERSION	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 06 dias del mes de Diciembre de 2023

*[Handwritten signature]*


Firma y huella

1010235978

Celular No.

garciamayapaula@hotmail.com

Correo institucional

FORMATO DE INHABILIDADES			
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH FTO 56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

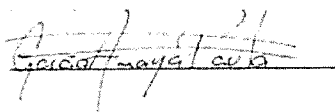
Soacha, 6 Diciembre de 2023

Señores  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**  
 Soacha (Cundinamarca)

Yo PAULA ANDREA GARCIA AMAYA con C.C. 1010235978 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,



\_\_\_\_\_  
 C.C. 1010235978



SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN MEDELLIN	SUCURSAL MEDELLIN	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 65-03-101063852	ANEXO No 0
----------------------------------	----------------------	--	-------------------------------	---------------

TOMADOR DIRECCION ASEGURADO DIRECCION BENEFICIARIO	PAULA ANDREA GARCIA AMAYA CL 42 B SUR NRO. 78 - 34 PAULA ANDREA GARCIA AMAYA CL 42 B SUR NRO. 78 - 34 TERCEROS AFECTADOS	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	CC 1.010.235.978 TELEFONO 3102408171 CC 1.010.235.978 TELEFONO 3102408171 NIT 0-0
--	--	--	--

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
30 / 06 / 2023	30 / 06 / 2023	30 / 06 / 2024	30 / 06 / 2023	30 / 06 / 2024

INTERMEDIARIO SANIN ALIANZA LTDA	CLAVE 133456	% PARTICIPACION 100.00	COMPAÑIA	COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION
-------------------------------------	-----------------	---------------------------	----------	------------------	-----------------

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1  
ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 300,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 300,000,000.00		\$ 60,000,000.00

DEDUCIBLES: \* 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD \* 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****300,000,000.00	PRIMA:	\$ *****195,055.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	*****37,060.00
		TOTAL A PAGAR:	*****232,115.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006, TELÉFONO 3695060 - MEDELLIN

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11012618194837 (3900) 000000232115 (96) 20230814

REFERENCIA PAGO: 1101261819483-7

*[Handwritten Signature]*

*[Handwritten Signature]*

65-03-101063852

FRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DLG133459C

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**  
NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

SUCURSAL	MEDELLIN	TIPO DE MOVIMIENTO	EMISION ORIGINAL	FOLIZA No	65-03-101063852	ANEXO No.	0
TOMADOR	PAULA ANDREA GARCIA AMAYA	Ciudad	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	CC	1.010.235.978		
DIRECCION	CL 42 B SUR NRO. 78 - 34			TELEFONO	3102408171		
ASEGURADO	PAULA ANDREA GARCIA AMAYA	Ciudad	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	CC	1.010.235.978		
DIRECCION	CL 42 B SUR NRO. 78 - 34			TELEFONO	3102408171		
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0		

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY  
 VIGENCIA: 12 MESES - INICIO DE VIGENCIA A PARTIR DE LA ORDEN EN FIRME  
 UBICACION CONSULTORIO: SIN CONSULTORIO  
 SINIESTRALIDAD: POLIZA NUEVA - SIN SINIESTROS  
 BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).  
 CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001  
 EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.  
 NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01  
 LIMITE ASEGURADO: \$300.000.000.00  
 LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.  
 ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA: MEDICINA GENERAL  
 COBERTURAS:  
 1. AMPARO BASICO:  
 1.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.  
 SE PRECISA QUE SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL QUE SURJA A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS (VER SECCION III DEFINICIONES GENERALES), COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA.  
 CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.  
 TODO SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.  
 PARAGAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.  
 1.2. GASTOS DE DEFENSA: SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.  
 EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:  
 1.2.1. LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.  
 1.2.2. SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.  
 1.2.3. EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.  
 2. EXTENSIONES COBERTURA BASICA



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No	ANEXO No.
MEDELLIN	EMISION ORIGINAL	65-03-101063852	0
TOMADOR	PAULA ANDREA GARCIA AMAYA	CC	1.010.235.978
DIRECCION	CL 42 B SUR NRO. 78 - 34	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 3102408171
ASEGURADO	PAULA ANDREA GARCIA AMAYA	CC	1.010.235.978
DIRECCION	CL 42 B SUR NRO. 78 - 34	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 3102408171
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

CON SUJECCION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:

2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.

NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

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

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

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

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

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE ASEGURADO NO INFERIOR AL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE ERRORES U OMISIONES.

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

**LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:**

**COBERTURA**

AMPARO BASICO: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.

**GASTOS DE DEFENSA:**

POR EVENTO: SUBLIMITE HASTA \$15.000.000.00

POR VIGENCIA: SUBLIMITE HASTA \$100.000.000.00

**DEDUCIBLES:**

GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS  
DEMÁS AMPAROS: 10% DE LA PERDIDA - MINIMO 1SMMLV

PRIMA VIGENCIA (IVA INCLUIDO): \$232.115

**EXCLUSIONES:**

BAJO ESTE CONTRATO SEGURO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS, DAÑOS Y/O PERJUICIOS CONSISTENTES EN, ORIGINADOS POR, CONSECUENCIA DE, O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

SUCURSAL	MEDELLIN	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	FOLIZA No 65-03-101063852	ANEXO No. 0
TOMADOR	PAULA ANDREA GARCIA AMAYA	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	CC 1.010.235.978
DIRECCION	CL 42 B SUR NRO. 78 - 34	TELEFONO	3102408171	
ASEGURADO	PAULA ANDREA GARCIA AMAYA	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	CC 1.010.235.978
DIRECCION	CL 42 B SUR NRO. 78 - 34	TELEFONO	3102408171	
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0	

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2 AÑOS) DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

3. RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD O TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.

6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

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

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

11. PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIVABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSPERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INGESTO.

IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.

12. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.

13. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIETADES MUTANTES.

14. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.

15. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

16. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.

17. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

18. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

19. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADAS PARA ESTE FIN.

20. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

21. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY.

22. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGUROESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECCION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

23. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

24. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

25. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

26. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.

27. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.

28. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

29. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

30. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPORALES, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.

31. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

CUCURSA	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	EMISION ORIGINAL	65-03-101063852	0
TOMADOR	PAULA ANDREA GARCIA AMAYA	CC	1.010.235.978
DIRECCION	CL 42 B SUR NRO. 78 - 34	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
TELEFONO		TELEFONO	3102408171
ASEGURADO	PAULA ANDREA GARCIA AMAYA	CC	1.010.235.978
DIRECCION	CL 42 B SUR NRO. 78 - 34	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
TELEFONO		TELEFONO	3102408171
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALE CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA.
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
  - I- GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
  - II- CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.
37. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
  - I- LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA.
  - II- RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.
  - III- LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. AS COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, AS COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.
39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELFONO.
42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUCCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
50. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
52. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.
54. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

CURSUAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
MEDELLIN	EMISION ORIGINAL	65-03-101063852	0
TOMADOR PAULA ANDREA GARCIA AMAYA		CC 1.010.235.978	
DIRECCION CL 42 B SUR NRO. 78 - 34	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 3102408171	
ASEGURADO PAULA ANDREA GARCIA AMAYA		CC 1.010.235.978	
DIRECCION CL 42 B SUR NRO. 78 - 34	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 3102408171	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

56. CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
57. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:
  - A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.
  - B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y
  - C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
58. EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
59. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
60. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
61. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
62. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
63. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.
64. EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: EL SEGURO PROVISTO POR ESTE ACUERDO NO SE APLICA A PERDIDAS O GASTOS QUE SURJAN O CONTRIBUYAN A UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES CASOS:
  1. PERDIDA, ALTERACION O DAÑO A, CORRUPCION O REDUCCION DE LA FUNCIONALIDAD, DISPONIBILIDAD U OPERACION DE CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA ELECTRONICO DE DATOS, HARDWARE, PROCESO, PROGRAMA, SOFTWARE, DATOS, DEPOSITO DE INFORMACION, MICROCHIP, CIRCUITO INTEGRADO O DISPOSITIVO SIMILAR EN EQUIPOS INFORMATICOS O NO INFORMATICOS, YA SEA PROPIEDAD DEL ASEGURADO EN LA POLIZA DEL REASEGURADO O NO.
  2. CUALQUIER ACCESO O DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, DE PROPIEDAD U OTRA INFORMACION NO PUBLICA DE CUALQUIER PERSONA U ORGANIZACION EN CUALQUIER FORMA REGISTRABLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS GASTOS ASOCIADOS CON LA NOTIFICACION, REPARACION, MITIGACION O PREVENCIÓN DE UNA VIOLACION DE SEGURIDAD; O
  3. AMENAZAS DE EXTORSION, FRAUDE Y ROBO QUE INVOLUCREN CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SOFTWARE, PROCESO O PROGRAMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA DE DATOS ELECTRONICOS O CUALQUIER INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, PRIVADA U OTRA INFORMACION NO PUBLICA.
65. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:
  1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOMA MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:
    - A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
    - B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
  2. EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO DE SEGUIR UN PLAN DE GESTION DE CRISIS QUE ABORDE LOS PASOS MENCIONADOS EN (I) ARRIBA; O
  3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
    - A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
    - B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
    - C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA  
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIANA

#### CONDICIONES ADICIONALES:


FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.

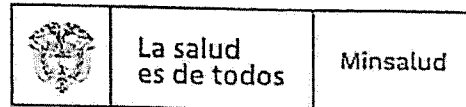
NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO.

LA PRESENTE POLIZA SE EXPIDE COMO GLOBAL PARA LA ACTIVIDAD DEL CLIENTE, BAJO VIGENCIAS ANUALIZADAS, PODRA SER RENOVADA O REVOCADA, PERO NO SE PODRAN REALIZAR MOVIMIENTOS DE PRORROGA.

  
**MiVacuna**  
Covid-19

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



  
**MiVacuna**  
Covid-19

### Certificado de vacunación

Nombres:

Paula Andrea

Apellidos:

García Amaya

Documento de identidad:


C.C.  T.I.  Pasaporte  PEP  otro  cual:

No.

1010235978

Fecha de nacimiento:

Día 29 Mes 09 Año 1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	6-3-21	Pfizer	EN1145 G121	UMHES TUNAL	Sandra Hortner	52132119
	2	28-3521	Pfizer	GR1702 6-21	Subred SUR TUNAL	Dora Rodríguez C.C. 20.585.797 Aux. Enfermería	
		29 NOV 2021	Moderna	OFF 52112 19/4/22	Subred SUR	 John Acosta CC. 79692368 Enfermería	

  
**MiVacuna**  
Covid-19

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



La salud  
es de todos

Minsalud

  
**MiVacuna**  
Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres:

Paula Andrea

Apellidos:

García Amaya

Documento  
de identidad:

C.C.  T.I.  Pasaporte  PEP  otro  cuál:

Nó. 1010235978

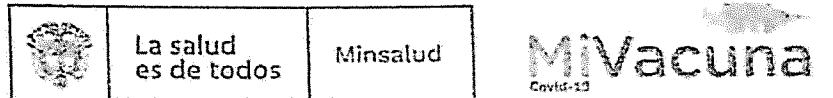
Fecha de  
nacimiento:

Día 29 Mes 09 Año 1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	27	27 JUL 2022	Pfizer	P010074 8/22	Subredes	Elvina Torres C.C. 57.142.871	
	2						

  
**MiVacuna**  
Covid-19

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



**Certificado de vacunación**

Nombres: **PEDRO DORADO**  
Apellidos: **GARCIA Deyda**  
Documento de identidad: C.C.  T.I.  Pasaporte  PEP  otro  cuál:  
No. **2040235978**  
Fecha de nacimiento: Día **29** Mes **09** Año **1997**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	Adicional	15-5-2023	Pfizer	241077D	Mg Gy	Juliy Yvli Salazar E	
	Repletora	15-5-2023	GCSU	01052804	Mg Gy	Aux. Enfermería 39653352	

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.

*Libertad y Orden*

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*



MinSalud

Ministerio de Salud  
Asociación Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

*Paolo Andrea*

Apellidos:

*Caroso Amayo*

Documento  
de identidad:

C.C.  T.I.

Pasaporte

No. *1010 235978*

Fecha de  
Nacimiento:

Día *04*

Mes *09*

Año *1997*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	22 ENE 2017	009H5016/18	
Toxide Tetánico Diftérico Td	1	2 ENE 2017	D 228806/18	
	2	06-08-017	022096908	
	3	17 JUL 2018	2250187A	
	4	14 AGO 2019	2215015176	
	5		17 AGO 2020	
Contra Hepatitis B	1	12 09 2017		
	2	17 JUL 2018		
	3	07 SEP 2018	RECOMBAX UFX18001 18/02/2021	
	R	27 ABR 2019	UFX18011	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	única	02 ENE 2017	M5320 = 1/18	
Contra Influenza	Anual	17/08/18	US0118003	
	Anual	14/08/19	US0021906	
Virus de Papiloma Humano		30 MAYO 2020		
Varicela	única	27 ENE 2020	170C0352A 7/20	



LABORATORIO CLINICO MEDICO  
**COLGAN**  
ASOCIADO MEDICAL



81002042

Nombre: GARCIA AMAYA PAULA ANDREA  
Identificación: CC 1010235978 Tel. 3102408171  
Edad: 23 Años 10 Meses 12 Días Sexo F  
Médico: MEDICOS VARIOS  
No. Ordenamiento

Fecha de recepción: 10-Aug-2021 8:07 am  
Fecha de impresión: 11-Aug-2021 8:38 pm  
Empresa: SEDE VIP  
Sede: SEDE VIP  
Fecha Validación: 11-Aug-2021 5:56:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE Metodo: Quimioluminiscencia	MAYOR DE 1000	mUI/mL	

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 9.0 mUI/ml  
Indeterminado: De 9.0 a 11.0 mUI/ml  
Reactivo: Mayor de 11.0 mUI/ml


VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G Metodo: Quimioluminiscencia	1095	mUI/ml	
---	------	--------	--

V. de Referencia:

Negativo: Menor de 50 mUI/ml  
Indeterminado: De 50 a 100 mUI/ml  
Positivo: Mayor de 100 mUI/ml

*Carlos Fernando Blanco Ortega*  
CARLOS FERNANDO BLANCO ORTEGA  
CC 1.090.382.114  
BACTERIOLOGO

*BL*  
BIBIANA PATRICIA HINESTROZA  
C.C. 52,217,836  
BACTERIOLOGA

 <p>NIT. 79318890-2 Av. 1o. de Mayo (Transv.74F) No. 40G - 51 Sur Tel: 452 04 22 • Cel: 321 269 4153 cmagutierrez14@gmail.com</p>	<b>CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Nº 3054</b> </div>	
	Empresa: <u>SUBRED SUR OCCIDENTE</u> Tipo de examen: <u>OCUPACIONAL</u> Énfasis: <u>OSTEOMUSCULAR</u>	

Este documento es válido solo si está respaldado por la historia clínica o valoración médica de la misma fecha. Copia de este documento y resultados de exámenes paraclínicos están en nuestros archivos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros al Tel: 452 0422 Cel: 321 269 4153

**INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR**

Apellidos y Nombres: GARCIA AMAYA PAULA ANDREA

Cargo: MEDICO GENERAL Doc: CC No: 1010235978 Edad (años): 28

<input checked="" type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Egreso	<input checked="" type="checkbox"/> Sin restricciones para el cargo <input type="checkbox"/> Con restricciones compatibles para el cargo <input type="checkbox"/> Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo <input type="checkbox"/> Aplazado	<input type="checkbox"/> Satisfactorio <input type="checkbox"/> No satisfactorio <input type="checkbox"/> Presenta patología modificable con el estilo de vida <input type="checkbox"/> Hay restricciones a su labor	<input type="checkbox"/> Examen de egreso satisfactorio <input type="checkbox"/> Examen de egreso no satisfactorio <input type="checkbox"/> Otro
--	---	---	--

Motivo del aplazamiento: Ninguno

Restricciones: Ninguna

Descripción adicional del concepto: Ninguno

**EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:**

<input checked="" type="checkbox"/> Audiología <input type="checkbox"/> Visiometría <input type="checkbox"/> Optometría	<input type="checkbox"/> Espirometría <input type="checkbox"/> Prueba psicométrica <input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Laboratorio, Clínico <input type="checkbox"/> Rayos X <input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo	Otros exámenes:
---	--	--	-----------------

Descripción de resultados: AV CON GAFAS OD: 20/20 OI: 20/20  
OSTEOMUSCULAR NORMAL

RECOMENDACIONES: USO DE GAFAS PERMANENTE



Y SEGUIR LAS SIGUIENTES:

<input type="checkbox"/> Control periódico por EPS <input type="checkbox"/> Remisión a EPS (ver a que servicio) <input type="checkbox"/> Continuar manejo médico <input type="checkbox"/> Seguimiento caso ARL	<input checked="" type="checkbox"/> Control periódico ocupacional <input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural <input checked="" type="checkbox"/> Utilización de Elementos de seguridad profesional <input type="checkbox"/> Pausas activas periódicas	<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Ejercicio regular 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> Dejar hábito de fumar <input type="checkbox"/> Suspender bebidas alcohólicas
---	--	--

Incluir Programa de vigilancia Epidemiológica:  
 Visual  Auditivo  Cardiovascular  Osteomuscular  Ninguno

Servicio remitido a EPS:  Ninguno

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR** Autorizo al Doctor abajo mencionado, a realizar en mí el examen y paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento conforme quado registrado en la historia clínica Ocupacional. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito, los beneficios, la interpretación, la limitación y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las pruebas he sido informado de las medidas que el Dr. Adrián Gutiérrez Ruiz tiene para proteger la confidencialidad de mis resultados y el concepto médico ocupacional. Manifiesto ante la firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al Dr. Adrián Gutiérrez Ruiz para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el momento, para el buen cumplimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

MÉDICO: <u>Adnan Gutiérrez Ruiz</u>  Médico Cirujano Especialista en Lesiones Laborales 551 Licencia 433-1/2014 - R.A.D 79318890	ASPIRANTE O TRABAJADOR: <u>García Amaya Paula</u> Firma y número de doc: <u>1010235978</u>	HUELLA 
--	--	---



DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD  
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 4336 de 17/04/2019

"Por la cual se Concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 16 de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que la confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) ADRIAN GUTIERREZ RUIZ, Identificado(a) con CC 79318890 de BOGOTA D.C., ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesana, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a ADRIAN GUTIERREZ RUIZ, Identificado(a) con CC 79318890 de BOGOTA D.C., como MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- EDUCACION Y CAPACITACION
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA
- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y-SALUD EN EL TRABAJO

Cra. 32 No. 12-81  
Tel: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: 364 9666



BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Continuación de la Resolución No 4336 del 17/04/2019 por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

ARTÍCULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTÍCULO QUINTO. El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a ADRIAN GUTIERREZ RUIZ informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE  
Dada en Bogotá D.C. a los 17/04/2019

**MAR THA J. FONSECA S.**  
MARTHA JUDITH FONSECA SUAREZ

Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)

Elaboró: [Firma]  
Revisó: Glenda Inés Goyes  
Aprobó: Martha Judith Fonseca Suarez

Bogotá, D.C. 24/04/2019  
A la fecha notifiqué personalmente al  
señor (a) ADRIAN GUTIERREZ RUIZ  
C.C.#. 79 228 540  
Teléfono: 312 3787379  
Correo: adgutierr@medbho.com.co  
Firma: Adrian Gutierrez Ruiz

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: 364 9666



**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**

Fecha Reporte: 17/04/2019  
Página: 2 de 2

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		1100117602 - ADRIAN GUTIERREZ RUIZ			
Código y Nombre de la Sede		110011768201-ADRIAN GUTIERREZ RUIZ			
Departamento	Distrito:BOGOTA	Municipio	Distrito:BOGOTA	Dirección	Tv. 74 F # 49G - 51 sur P12 Ct. 252
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

407 - MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: **DHSS0026674**

Verifique la información de este documento, ingresando a: [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo\\_dhss.aspx](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx) y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0026674

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección:Carrera 32 No.12-81 - Teléfono(s):3643090 3643090 EXT 9769 - 9525 - Correo Electronico:habilitacionsds@saludcapital.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 16 - 09 - 2019 (DD-MM-AAAA)

Fecha de impresión: Lunes 03 de mayo de 2021 (10:13 p. m.)

El presente documento se expide de conformidad con la prevista en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 180 de 2018 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno Minsalud\_P3-33393333

Version 1.0

**ACTA DE GRADO NÚMERO 57718**

El Rector de la Universidad, el Decano de la Facultad y el Secretario General, teniendo en cuenta

Que el estudiante **PAULA ANDREA GARCÍA AMAYA**

Con cédula de ciudadanía No. 1.010.235.978 de Bogotá D.C.

Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del Programa de **MEDICINA**

De conformidad con las disposiciones legales vigentes le otorga el Título de:

**MÉDICO**

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Bogotá a

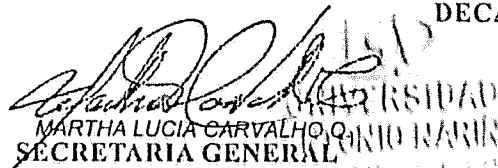
los **29** días del mes de **JUNIO** de 2021



**VICTOR HUGO PRIETO**  
**RECTOR**



**CARLOS EDUARDO CAICEDO CÁCERES**  
**DECANO**



**MARTHA LUCÍA CARVALHO Q.**  
**SECRETARIA GENERAL**

REGISTRADO AL FOLIO 243-38 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 31

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL  
Y EN SU NOMBRE, LA

# UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERÍA JURÍDICA 4571 DE 1977



CONFIERE EL TÍTULO DE  
**MÉDICO**

A

**Haula Andrea García Amaya**

C.C.No. 1.010.235.978 de Bogotá D.C.

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.  
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

## DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS 29 DÍAS DEL MES VI DE 2021

RECTOR

VICE RECTOR ACADÉMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 243-38 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 31

BOGOTÁ, D.C. 30 DE VI DE 2021

No. 57718

ELABORÓ \_\_\_\_\_



La salud  
es de todos

Minisalud



COLEGIO MÉDICO  
COLOMBIANO  
CMC

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

**PAULA ANDREA GARCIA AMAYA**

**C.C. 1010235978**

**MÉDICO**

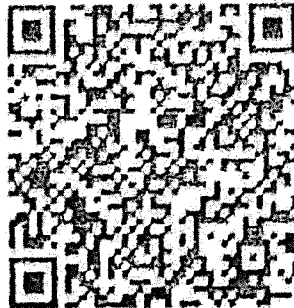
Universidad Antonio Nariño

Bogotá D.C.

Grado: 29/06/2021

Rethus: 05/09/2022





Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 P.H.  
[Info@colegiomedicocolombiano.org](mailto:Info@colegiomedicocolombiano.org)

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Stevenson Marulanda Plata', written over a horizontal line.

**Stevenson Marulanda Plata**  
**Representante legal Colegio Médico Colombiano**

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1010235978	PAULA	ANDREA	GARCIA	AMAYA	Vigente	<a href="#">Ver</a>

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) PAULA ANDREA GARCIA AMAYA identificado(a) con CC 1010235978 registra la siguiente información:

2023-12-05--1:50:46 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2022-09-05	104497	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 BOGOTÁ, D.C. BOGOTÁ, D.C.	2021-08-20	2022-08-19	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO La COLOMBIANO

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).



# CERTIFICA

Este certificado se presenta con orgullo a

# PAULA ANDREA GARCÍA AMAYA

Completó satisfactoriamente el curso de:

## Atención Integral a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos

*Según los lineamientos de la Resolución 4568 de 2014 del  
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia*  
Colombia Este curso certifica 48 horas de educación médica no  
formal según decreto 4904 de 2009

junio 21, 2023  
*Fecha*

DIANA M. BARBOSA Z.  
*Instructor*



ALBERTO M. DIAZ SOSA  
*Coordinador Académico*

Para certificación de la validez contactarnos escaneando el  
código QR.  
Calle 25 bis # 39-32 Barrio el Recuerdo - Bogotá. email:  
[infocataleyarcp@gmail.com](mailto:infocataleyarcp@gmail.com).





# CERTIFICA

Este certificado se presenta con orgullo a

# PAULA ANDREA GARCÍA AMAYA

Completó satisfactoriamente el curso de:

## Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual

*Este curso certifica 48 horas de Educación médica no formal según Decreto 4904 de 2009.*

*Con base en la resolución 459 de 2012 que adopta el Protocolo y Modelo De Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.*

junio 21, 2023

*Fecha*

**DIANA M. BARBOSA Z.**

*Instructor*



**ALBERTO M. DIAZ SOSA**

*Coordinador Académico*





# CERTIFICA

Este certificado se presenta con orgullo a

# PAULA ANDREA GARCÍA AMAYA

Completó satisfactoriamente el curso de:

## Manejo de situaciones de duelo

*Este curso certifica 48 horas de educación médica no formal según decreto 4904 de 2009*

junio 21, 2023  
*Fecha*

**LILIANA FLOREZ**  
*Instructor*



**ALBERTO M. DIAZ SOSA**  
*Coordinador Académico*

Para certificación de la validez contactarnos escaneando el código QR  
Calle 25 bis # 39-32 Barrio el Recuerdo - Bogotá. email: [infocataleyarcp@gmail.com](mailto:infocataleyarcp@gmail.com)





**CERTIFICA**  
Este certificado se presenta con orgullo a

**PAULA ANDREA GARCÍA AMAYA**

Completó satisfactoriamente el curso de:

**Soporte Vital Básico (SVB)**

*Según los lineamientos de la American Heart Association y  
Cataleya SIE.*

*Este curso certifica 20 horas de Educación médica no formal  
según Decreto 4904 de 2009*

*21/06/2023*

*Este certificado tiene vigencia de dos (2) años a partir de la  
fecha de expedición.*

**DIANA M. BARBOSA Z.**  
Instructor



**ALBERTO M. DIAZ SOSA**  
Coordinador Académico





# CERTIFICA

Este certificado se presenta con orgullo a

# PAULA ANDREA GARCÍA AMAYA

Completó satisfactoriamente el curso de:

**Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (SVCA)**  
*Según los lineamientos de la American Heart Association y  
Cataleya SIE.*

*Este curso certifica 48 horas de Educación médica no formal  
según Decreto 4904 de 2009.*

21/06/2023

*Este certificado tiene vigencia de dos (2) años a partir de la  
fecha de expedición.*

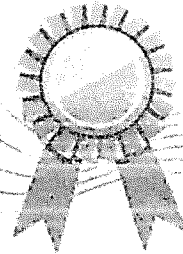
**DIANA M. BARBOSA Z.**  
Instructor



**ALBERTO M. DIAZ SOSA**  
Coordinador Académico



**LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGION DE SALUD SOACHA**



**CERTIFICA QUE:**

*Paula Andrea García Amaya*

Realizó el curso de:

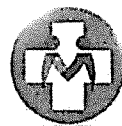
**CURSO DE DONACIÓN DE ORGANOS**

Con una intensidad horaria de 40 Horas

**MD. YEFFERSON ALFONSO FAJARDO FONSECA**  
Especialista en Medicina Familiar y Epidemiología.  
CAPACITADOR

**DRA. ALEXANDRA GONZALEZ MORENO**  
GERENTE

Fecha de Emisión: junio 16, 2023



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGIÓN DE SALUD  
SOACHA**





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGIÓN DE SALUD  
SOACHA

CONTRATACION  
SOACHA - CUNDINAMARCA  
NIT. 800.006.850-3

CERT- 519-2023

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA


CERTIFICA

Que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA, cambio de razón social a partir del primero (01) de julio de 2022 a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución, manteniendo la misma persona jurídica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado.

Que una vez revisada la base de datos que se encuentra en la oficina de Contratación, archivos de Gestión y archivo central de la Institución, se constata que la señor (a), PAULA ANDREA GARCIA AMAYA, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 1.010.235.978, suscribió el siguiente contrato de prestación de servicios con La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA:

N° CONTRATO	OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
101-2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL EN EL ÁREA ASISTENCIAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.	73.653.272,00	22/01/2023 HASTA 30/11/2023

Se expide a solicitud de la interesada, a los ocho (08) días del mes de noviembre de 2023.

  
Dr. JORGE ENRIQUE PEDRAZA  
Sub Gerente Administrativo y financiero

Reviso: Yaasmin Rafael Deluque Toro -- Referente de Contratacion y Apoyo a la oficina de Asesoría Jurídica  
Proyecto: Leticia vanegas -- apoyo

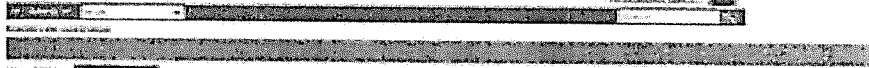




12:29



secop.gov.co/CQ1Contract



Identificación	Descripción	Valor	Unidad	Estado	Fecha de Emisión	Fecha de Vencimiento
...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...



inglés

español



El mio listo oma