

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de talento humano	CÓDIGO	TH FTO 10
		VERSION	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: JOSE LUIS AMAYA SAENZ

CARGO: MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTION DEL TALENTO HUMANO					
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 SARLAF: 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 visiometría *Vigencia de 3 años	/			
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
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	/			
CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES					
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)	/			
AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
40	Soporte vital básico con fecha de vigencia	/			
41	Toma de muestra con fecha de vigencia	/			
JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
42	Toma de muestra con fecha de vigencia	/			
43	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia	/			
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
44	Soporte v tal 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.	/			
MEDICO URGENCIOLOGO					
47	Certificado en formación de sedación	/			
ODONTOLOGO					
48	Certificado radio protección * Vigencia 2 años	/			
AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
49	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador	/			
50	Toma de muestra con fecha de vigencia	/			
JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
51	Retiro e inserción DIU	/			



**LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA
CONTRATACIÓN DE PERSONAL**

PROCESO: Gerencia de talento humano

CÓDIGO	TH_FTO_10
VERSION	02
VIGENCIA	04/05/2023

52	Retiro e inserción JADELLE			
53	Certificado de formación en toma de citología			
54	Soporte vital avanzado			
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
55	Soporte v tal avanzado			
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				
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.			
AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA				
62	Soporte vital básico			
63	Primeros Auxilios			
64	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)			
INGENIERO BIOMEDICO				
65	Certificado del registro INVIMA			
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO				
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)			
RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
68	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.			
69	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)			
SERVICIO DE ALIMENTACIÓN				
70	Certificación de manipulación de alimentos			
71	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.			
MANTENIMIENTO				
72	Certificado curso de alturas			
73	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.			
EXPERIENCIA LABORAL				
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 legajado, 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.

**ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO**

JOSE LUIS AMAYA SAENZ

CC.: 5.135.136

Edad: 41 años

Dirección: calle 25 B # 72-80 Conj.Terragona del salitre

Bogota.

Celular: 304 6 44 58 79

Email : joseluisamayasaenz@gmail.com



ANESTESIOLOGO

ESTUDIOS

1998

Valledupar – Colombia

Bachiller

Colegio Gimnasio del Norte

2006

Barranquilla- Colombia

Medico y Cirujano

Universidad Libre

2016

Caracas – Venezuela

Especialista en Anestesiología

Universidad Central de Venezuela

Idiomas:

Español: Natal

Inglés: Básico

Programas manejados:

WORD – EXCEL – DINAMICA – CIKLOS –

ANTARES

EXPERIENCIA LABORAL

Enero – Mayo 2007

la jagua de ibirico.

Hospital Jorge Isaac Rincón

Médico de Urgencias

Mayo 2007– Junio 2010

Valledupar

Clínica Valledupar

Médico de Urgencias

Junio 2007 – Julio 2011

Valledupar

Coomeva E.P.S

Médico Asistencial

Julio 2010 – Enero 2013

Valledupar

Salud Total E.P.S

Medico de urgencia

Noviembre 2018 – Abril 2019

Clinica Valledupar

PROFESORADO

1988 - 1990

1990 - 1992

1992 - 1994

1994 - 1996

1996 - 1998

1998 - 2000

EXPERIENCIA LABORAL

1988 - 1990

1990 - 1992

1992 - 1994

1994 - 1996

1996 - 1998

1998 - 2000

2000 - 2002

2002 - 2004

ACTIVIDADES

2004 - 2006

2006 - 2008

2008 - 2010

2010 - 2012

2012 - 2014

2014 - 2016

2016 - 2018

2018 - 2020

2020 - 2022

Hospital Jorge Ibañez

Médico de Urgencias

Clinica Valdequiza

Médico de Urgencias

Comarca E.P.S.

Médico Asistencial

Salud Total E.P.S.

Médico de Urgencias

Clinica Valdequiza

ORD - EXCE - DIVISION - CIRUGIA

ACTIVIDADES

Español: Nativo

Inglés: Básico

Especialista en Anestesiología

Universidad Central de Venezuela

Medicina y Cirujano

Universidad Libre

Colegio Gimnasio del Norte

Residente

Soacha, 25 de diciembre de 2023

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

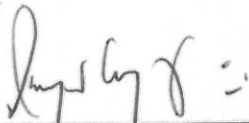
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: José Luis Amaya Sáenz

Cargo: Médico especialista en Anestesiología

Respetado Doctor Diego Alejandro García 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,



Nombre Contratista: José Luis Amaya Sáenz

C.C 5.135.136

Dirección: calle 25B #72-80

Email: joseluisamayasaenz@gmail.com

Teléfono/Celular: 304 6445879

Soacha, 23 de noviembre de 2023

Señor

DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO

García

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

Calle 13 B-97

Teléfono: (571) 330 93 30

Soacha

SECRETARÍA PROPOSTAS DE SERVICIOS

Nombre: **José Luis Amys Sáenz**

Cargo: **Médico especialista en Anestesiología**

Respetable Doctor Diego Alejandro García 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 REGIÓN 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 adjuntan en la minuta contractual.

Cordialmente,

Nombre Completo: **José Luis Amys Sáenz**

C.C. a 133131

Derechos: 258 832-80

Correo: joseluisamys@emsa.com

Teléfono celular: 304 644279

Valledupar	Medico UCI adulto
Junio 2019 – Diciembre 2021 Valledupar	Clínica SantoTomas Anestesiólogo
Noviembre 2019 – Octubre 2021 Pasto	Hospital Eduardo Santo Anestesiólogo
Noviembre 2021 - Septiembre 2021 Sincelejo	Hospital Universitario Sincelejo Anestesiólogo
Octubre 2021 – febrero 2022 Bogota	Fundacion San Carlos Anestesiólogo
Abril 2022 – Junio 2022 Bogota	Policlinico del Olaya Anestesiologo
Octubre 2021 – Tiempo actual Soacha	Hospital Mario Gaitan Yaguas Anestesiologo

FORMACIONES ADICIONALES E INTERESES

Taller de Neuro-estimulación y Ecografía de Extremidad Superior e Inferior
Barranquilla Marzo / 2022

REFERENCIAS LABORALES

Yamid Peralta

Empresa: Hospital Mario Gaitan Yaguas

Cargo: Anestesiólogo – Coordinador del depto. de Anestesia

Teléfono: 3116843395

Fredy Bornacelly

Empresa: Fundacion san Carlos

Cargo: Anestesiólogo – Coordinador del depto. de Anestesia

Teléfono: 3145812678

REFERENCIAS PERSONALES

Cr. (RA)Luis Alberto Avellaneda Santos

Ocupación: Independiente

Teléfono: 3126196471

Medico UCI Adulto	Valledupar
Clinica Santa Tomas Anestesiologo	Junio 2019 - Diciembre 2021 Valledupar
Hospital Fernando Sandoz Anestesiologo	Noviembre 2019 - Octubre 2021 Basta
Hospital Universitario Sinaloa Anestesiologo	Noviembre 2021 - Septiembre 2021 Piedras
Fundacion San Carlos Anestesiologo	Octubre 2021 - febrero 2022 Basta
Policlínico del Olivo Anestesiologo	Junio 2022 - Junio 2022 Basta
Hospital Mario Galvan Yaguas Anestesiologo	Octubre 2022 - Tiempo actual Zona

FORMACIONES ADICIONALES E INTERESES

Taller de Neuro-estimulación y Ecografía de Extremidad Superior e Inferior
Barranquilla Marzo / 2022

REFERENCIAS LABORALES

Yamir Parilla
Coordinador Hospital Mario Galvan Yaguas
Cargo: Anestesiologo - Coordinador del Depto. de Anestesia
Teléfono: 315843395

Primo Hernandez
Coordinador Fundación San Carlos
Cargo: Anestesiologo - Coordinador del Depto. de Anestesia
Teléfono: 3142812678

REFERENCIAS PERSONALES

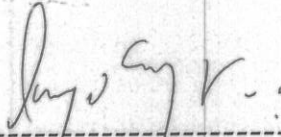
Dr. (R) Luis Alberto Avellaneda Santos
Coordinador Independiente
Teléfono: 3126196471

Ingrid Johanna Amaya Sáenz

Ocupación: Abogada

Teléfono: 300 4 94 9448

Constancia y Firma para todos los efectos legales, certifico que la información anotada por mí, en la presente hoja de vida, es veraz (C.S.T. Artículo 62 Núm. 1º). Por lo expuesto, Autorizo a pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción, si ha bien lo considera.



Jose Luis Amaya Sáenz
CC. 5.135.136 de Valledupar
joseluisamayasaenz@gmail.com

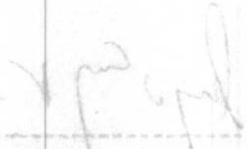
celular: 304 66 44 5

Instituto de Estudios de la Mujer

Departamento de Asesoría

Teléfono: 300 4 94 9448

El presente documento es una copia de un documento original que se encuentra en el archivo de la institución. Para mayor información consulte con el personal de la institución.



 José Luis Amador Sáenz
 CC. 2.132.136 de Villalobos
instituto@estudiosdelamujer.com
 Teléfono: 300 4 94 9448

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 5.135.136

AMAYA SAENZ

APELLIDO

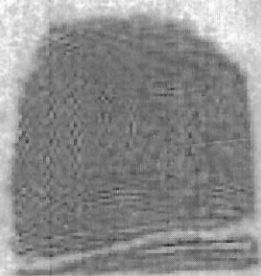
JOSE LUIS

NOMBRE

[Handwritten signature]



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDECE DEPRENAD

FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1981

VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

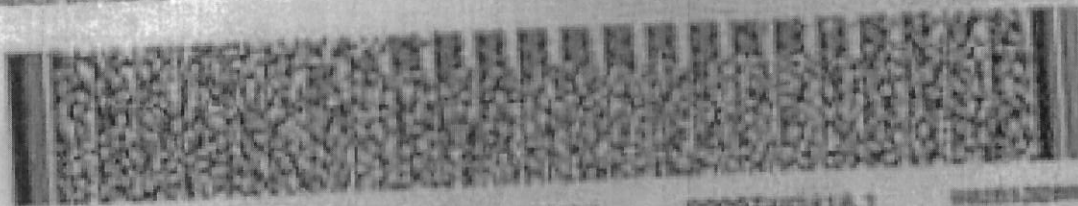
1.77
ESTATURA

A+
GRUPO SANG

M
SEXO

05-ENE-1999 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

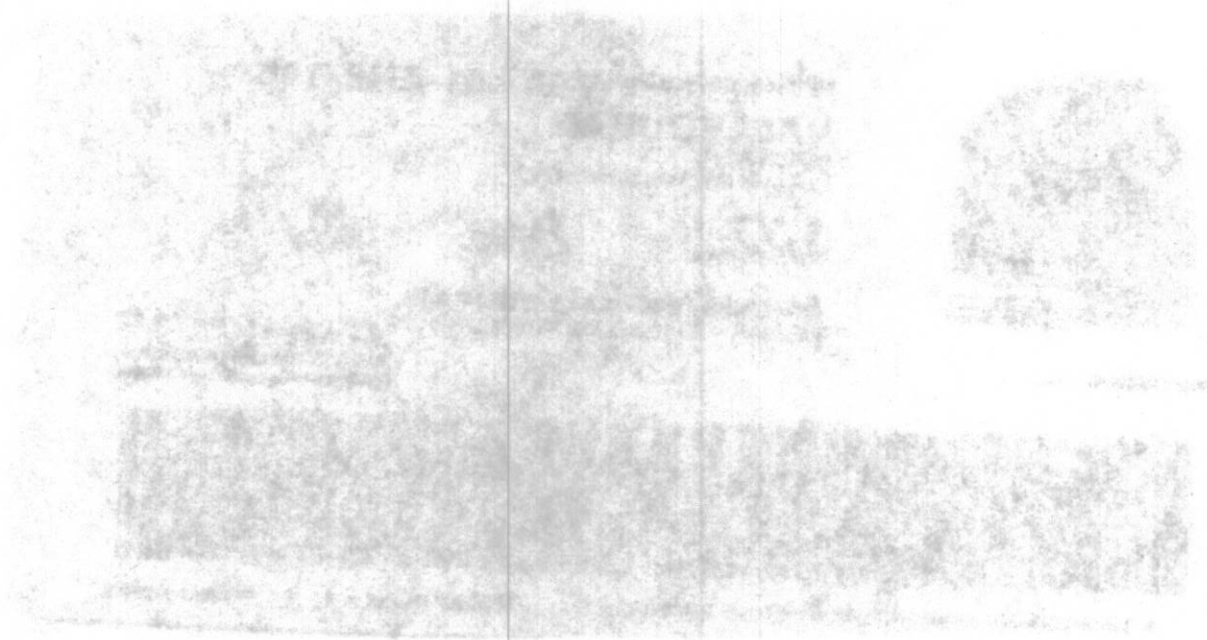
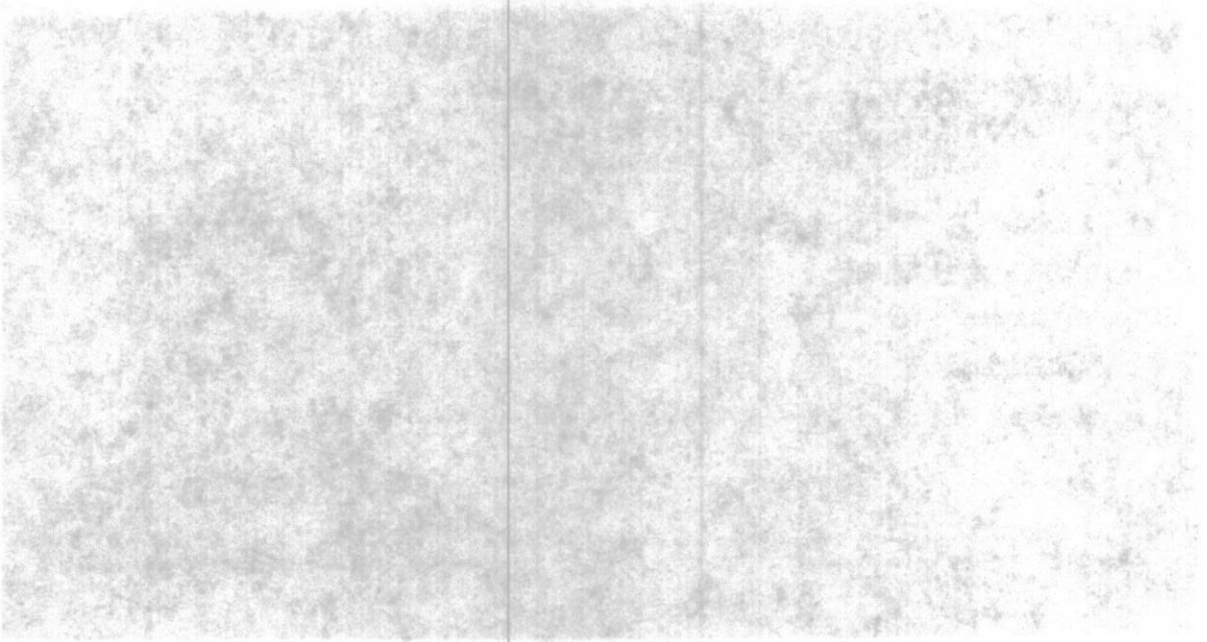
[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS APRIEL GARCÍA TORRES



A 1200100-10140408 M 0005135136-2000130

000974041A 1

000120001





REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

5135136

AMAYA ZAENZ
JOSE LUIS



PERTENECE AL EJERCITO DE
1A LINEA 2009 2A LINEA 2019 3A LINEA 2029
31-DIC 31-DIC 31-DIC
PROFESION ESTUDIANTE

FECHA EXP 27-MAY-1999



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS ARMADAS

Comando en Jefe - Segunda División

AMAYA SAEZ

JOSE LUIS

RETIRO AL EJERCITO DE

LA FUERZA ARMADA

DE COLOMBIA

PROFESION ESTUDIANTE

TECNOLOGIA EXP. 19 MAY 1988



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 236062291



PIB

00:17:11

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 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) JOSE LUIS AMAYA SAENZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 5135136:

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.

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

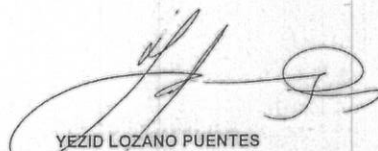
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 01 de diciembre de 2023, a las 00:24:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	5135136
Código de Verificación	5135136231201002442

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



LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICACION

Por esta vez consulto el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales (SIRBF), los viernes 01 de diciembre de 2012 a las 08:54:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCONTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Código de Verificación	5135136231501002445
Nº. Identificación	5135136
Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía

Para la información de verificación en todo el Territorio Nacional, se debe consultar el Boletín de Responsables Fiscales (SIRBF) en el sitio web de la Contraloría General de la República, en la sección de Responsables Fiscales. En caso de no encontrar el número de identificación, se debe consultar el Boletín de Responsables Fiscales (SIRBF) en el sitio web de la Contraloría General de la República, en la sección de Responsables Fiscales. En caso de no encontrar el número de identificación, se debe consultar el Boletín de Responsables Fiscales (SIRBF) en el sitio web de la Contraloría General de la República, en la sección de Responsables Fiscales.


CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Contraloría Delegada



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:30:16 AM horas del 01/12/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 5135136

Apellidos y Nombres: **AMAYA SAENZ JOSE LUIS**

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.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
- 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-
atc@policia.gov.co)



POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa: Que siendo las 12:00:16 AM horas del 01/12/2023, el ciudadano identificado con: Cédula de Ciudadanía N° 5135138 Apellidos y Nombre: AMAYA SAENZ JOSE LUIS

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 registren 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 estaciones de la Policía Nacional más cercanas.

Estación de Atención al Ciudadano
Calle 100 No. 100-100
Bogotá, D.C.
Teléfono: 01 800 001 0000
Horario: Lunes a Viernes, 8:00 am a 5:00 pm





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, 01/12/2023 12:38:07 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **5135136** .

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. **79157762** . 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 Búsqueda

Imprimir



Dios y
Patria

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





(Default.aspx) Home

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

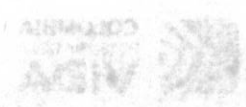
La Policia Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha 01/12/2023 12:38:07 a.m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No. 5135135

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. 79157762. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <http://www.policia.gov.co>, menú ciudadano/ 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 Búsqueda Imprimir



Policia Nacional de Colombia
Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas
Código de Validación: 79157762



11



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C513513600156237


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) **JOSE LUIS AMAYA SAENZ**, identificado(a) con C.C. No. 5135136 y T.P. o R.M. No. 414/2007 del(a) Ministerio de la Protección Social, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 04 diciembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).


BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGAS
Presidente



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

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



021351300012537

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 (REM) respecto de (Nombre) JOSÉ ELIS AVAYA SAEVA, identificado con C. C. No. 4133136 y C. E. M. No. 4143907 del(los) Ministerio de la Protección Social, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de sanciones se genera a partir de las sanciones de providencias ejecutoriadas dentro de los casos (s) que se encuentran en expediente y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentran vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificación de sanciones: www.transparenciaandinoandino.org/verificadores/validar/

EL PRESUNTO CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 04 diciembre 2023 a solicitud del(los) interesado(s).



RENZO ZUÑIGA BORTOLUZZI
Presidente

Este documento fue generado automáticamente por el sistema de información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica (REM) el día 04 de diciembre de 2023 a las 10:00 AM. Para más información consulte el sitio web: www.transparenciaandinoandino.org/

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14834013341



(415)7707212489984(8020) 000001483401334 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **5 1 3 5 1 3 6** 6. DV **1** 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Valledupar **2 4** 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 1 3 26. Número de Identificación **5 1 3 5 1 3 6** 27. Fecha expedición **1 9 9 9, 0 1, 0 5**

Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Cesar** 2 0 30. Ciudad/Municipio **Valledupar** 0 0 1

31. Primer apellido **AMAYA** 32. Segundo apellido **SAENZ** 33. Primer nombre **JOSE** 34. Otros nombres **LUIS**

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

3. País **COLOMBIA** 1 6 9 39. Departamento **Cesar** 2 0 40. Ciudad/Municipio **Valledupar** 0 0 1

41. Dirección principal **CR 15 13 B BIS 32 BRR ALFONSO LOPEZ**

42. Correo electrónico **jose Luis amaya saenz@gmail.com**

43. Código postal 44. Teléfono 1 **3 0 4 6 4 4 5 8 7 9** 45. Teléfono 2 **6 0 5 5 8 0 4 6 0 5**

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **5 1 6 5 2**

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
16- Obligación facturar por ingresos bienes
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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 - 06 - 21 / 12 : 57: 02**

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

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

984. Nombre **AMAYA SAENZ JOSE LUIS**
985. Cargo **CONTRIBUYENTE**



FORMATO SARLAFT

Codigo TH_FTO_45
Version 0
Vigencia 6/07/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 2023-12-28 CIUDAD: Soacha DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente...

CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR PARTICULAR CONTRATISTA OPS SERVIDOR PUBLICO OTRO CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

Form fields for personal data: PRIMER APELLIDO (AMAYA), SEGUNDO APELLIDO (SAENZ), PRIMER NOMBRE (JOSE), SEGUNDO NOMBRE (LUIS), TIPO DE IDENTIFICACION (C.C.), No IDENTIFICACION (5.135.136), LUGAR EXPEDICION (VALLEDUPAR, CESAR), FECHA EXPEDICION (1999-01-05), FECHA NACIMIENTO (01 DE ENERO DE 1981), LUGAR NACIMIENTO (VALLEDUPAR, CESAR), PAIS NACIMIENTO (COLOMBIA), NACIONALIDAD (COLOMBIANO), ESTADO CIVIL (DIVORCIADO(A)), PERSONA A CARGO (3), NUMERO DE HIJOS (2), TELEFONO CELULAR (3046445879), NIVEL DE ESTUDIOS (POSGRADO), ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA, CONTRATISTA.

Form fields for residence: DIRECCION RESIDENCIA (CALLE 25B N° 72-80), CIUDAD RESIDENCIA (BOGOTA), DEPARTAMENTO (BOGOTA), PAIS RESIDENCIA (COLOMBIANO), TELEFONO RESIDENCIA (3046445879).

Form fields for contact and housing: CORREO ELECTRONICO (loselusamayaen@gmail.com), PORTAL O PAGINA INTERNET, TIPO DE VIVIENDA (ARRENDADA).

Form fields for business establishment: DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (N/A), CIUDAD (N/A), DEPARTAMENTO (N/A), PAIS (N/A), TELEFONO/FAX (N/A).

2. DATOS DEL CONYUGE

Form fields for spouse: PRIMER APELLIDO (MARTINEZ), SEGUNDO APELLIDO (DE LA OSSA), PRIMER NOMBRE (DINA), SEGUNDO NOMBRE, TIPO DE IDENTIFICACION (C.C.), NUMERO IDENTIFICACION (45.541.271), LUGAR EXPEDICION (CARTAGENA, BOLIVAR), FECHA EXPEDICION (2000-12-19), NACIONALIDAD (COLOMBIANA).

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

Form fields for economic activity: ASALARIADO, ESTUDIANTE, HOGAR, PENSIONADO, SOCIO, CONTRATISTA, COMERCIANTE, EMPLEADO PUBLICO, EMPLEADO SOCIO, OTRA, CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (8621), INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE (DECLARA RENTA), GRAN CONTRIBUYENTE (AGENTE RETENEDOR), FUNCIONARIO PUBLICO (ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS), ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA (GOBIERNO, SERVICIOS, SALUD), EXPORTACIONES (AGRICOLA, ENERGETICA, FINANCIERA, TRANSPORT, TECNOLOGIA, ALIMENT, MEDICAMENTOS).



FORMATO SARLAFT

Codigo TH_FTO_45
Version 0
Vigencia 6/07/2022

Table with columns: DIRECCION DE LA EMPRESA, TELEFONO, CIUDAD/MUNICIPIO, DEPARTAMENTO, PAIS. Values: CALLE 13 N°9-85, 7309230, SOACHA, CUNDINAMARCA, COLOMBIA.

Table with columns: CARGO ACTUAL, MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA, FECHA VINCULACION, 2024-01-01. Section: 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO.

Table with columns: INGRESOS MENSUALES, EGRESOS MENSUALES, ACTIVOS, PASIVOS. Values: SALARIOS \$24,000,000, GASTOS FAMILIARES \$7,000,000, AHORROS, SALDO HIPOTECA.

Table with columns: DESCRIPCION OTROS INGRESOS, DESCRIPCION OTROS EGRESOS, DESCRIPCION OTROS ACTIVOS, DESCRIPCION OTROS PASIVOS. Section: 6. REFERENCIAS PERSONALES.

Table with columns: NOMBRE ENTIDAD, TIPO DE PRODUCTO, NUMERO, SU CURSAL, TELEFONO. Values: DAVIVIENDA, CUENTA DE AHORRO, 5,70257E+14, VALLEDUPAR, 5746464.

Table with 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.

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 ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaracion, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE Region de Salud Soacha a dar inicio a la liquidacion del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Region de Salud Soacha en el caso de infraccion de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicacion de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por informacion erronea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violacion del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e informacion que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS. Asalariado: Certificacion laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nomina de los tres ultimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaracion de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pension o desprendibles de pago de los ultimos tres meses + declaracion de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los ultimos tres meses o certificacion firmada por contador publico o estados financieros certificados + declaracion de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificacion de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representacion legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaracion de renta si es declarante

FORM 1041



Line	Number	Description	Amount	Other
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

1041-1 1041-2 1041-3 1041-4 1041-5 1041-6 1041-7 1041-8 1041-9 1041-10

I hereby certify that the information furnished on this form is true and correct to the best of my knowledge and belief, and I am aware that anyone who furnishes false or misleading information on this form or who omits material or information requested on the form may be subject to criminal sanctions (including fines and imprisonment) and/or civil sanctions (including penalties and civil damages).

ADDITIONAL FORMS TO ATTACH TO THIS FORM

Attach Form 1041-1 through Form 1041-10 if you have more than one of the following:

- 1041-1: If you have more than one Form 1041-1, attach them in the order listed on the form.
- 1041-2: If you have more than one Form 1041-2, attach them in the order listed on the form.
- 1041-3: If you have more than one Form 1041-3, attach them in the order listed on the form.
- 1041-4: If you have more than one Form 1041-4, attach them in the order listed on the form.
- 1041-5: If you have more than one Form 1041-5, attach them in the order listed on the form.
- 1041-6: If you have more than one Form 1041-6, attach them in the order listed on the form.
- 1041-7: If you have more than one Form 1041-7, attach them in the order listed on the form.
- 1041-8: If you have more than one Form 1041-8, attach them in the order listed on the form.
- 1041-9: If you have more than one Form 1041-9, attach them in the order listed on the form.
- 1041-10: If you have more than one Form 1041-10, attach them in the order listed on the form.

If you have more than one Form 1041-1 through Form 1041-10, attach them in the order listed on the form. If you have more than one Form 1041-1 through Form 1041-10, attach them in the order listed on the form. If you have more than one Form 1041-1 through Form 1041-10, attach them in the order listed on the form.



FORMATO SARLAFT

Codigo	TH_FTO_45
Versión	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. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN 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 los 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 trataran 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, entiéndase 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.

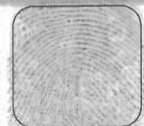
Declaro expresamente:

- A. 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.
- B. 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.
3. **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 medica, 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.
4. **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.
5. **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.
6. **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.
7. **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.
8. **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 los 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).
9. **AUTORIZACIÓN:** 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 VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

FORM 1041

2004

1. Recipient's name (Print or type)
2. Recipient's address (Print or type)
3. Recipient's telephone number (Print or type)
4. Recipient's occupation (Print or type)

5. Recipient's date of birth (Print or type)
6. Recipient's sex (Print or type)
7. Recipient's marital status (Print or type)

8. Recipient's Social Security number (Print or type)
9. Recipient's TIN (Print or type)
10. Recipient's signature (Print or type)

11. Recipient's signature (Print or type)
12. Recipient's signature (Print or type)

13. Recipient's signature (Print or type)
14. Recipient's signature (Print or type)
15. Recipient's signature (Print or type)

16. Recipient's signature (Print or type)
17. Recipient's signature (Print or type)
18. Recipient's signature (Print or type)

19. Recipient's signature (Print or type)
20. Recipient's signature (Print or type)
21. Recipient's signature (Print or type)



Handwritten signature and text in the bottom center of the page.

CE-006 - 0000000100 – 2023

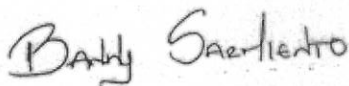
CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 5135136
NOMBRES Y APELLIDOS	Amaya Saenz, Jose Luis
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Amaya Saenz, Jose Luis, a los 04 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

CERTIFICA

Que el/los personal (requisitos) a continuación está (n) en el estado siguiente (s):

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE VEHICULO	TIPO DE TRABAJADOR	FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	ESTADO DE AFILIACIÓN	ESTADO DE SERVICIO	RÉGIMEN
CE 2132116	Amaya Saenz, Jose Luis	Tijera	Independiente Con Contrato De	01/03/2020	Vigente	Habilitado	Contributivo

El presente se expide a nombre de Amaya Saenz, Jose Luis, a los 04 días del mes de Enero del año 2023.

NOTA: Este certificado no constituye aprobación de traslado ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

[Firma]
 Brandy Yañez Sarmiento Vaneza
 Coordinadora Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a JOSE LUIS AMAYA SAENZ identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número 5135136, se encuentra afiliado/a desde 01/11/2020 al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada en base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE LUIS AMAYA SAEZ** identificado/a con documento de identidad número de Ciudadanía número **2135136**, se encuentra afiliado/a desde **01/11/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (PRM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día **04 de diciembre de 2023**.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliados

Nota: Certificación generada desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, este sujeta a verificación y no tiene costo alguno.



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Amaya		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Saenz			NOMBRES Jose Luis			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 5135136				SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 5135136		D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA				
FECHA		DIA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="1981"/>		CALLE 25 72 80 Torre 12 apto 404				
PAÍS COLOMBIA		DEPTO BOGOTÁ, D.C.		PAÍS COLOMBIA		DEPTO BOGOTÁ, D.C.		
DEPTO CESAR		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.		TELÉFONO 3046445		EMAIL jose Luis amaya saenz@gmail.com		
MUNICIPIO VALLEDUPAR								

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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998
										<input checked="" type="checkbox"/>				

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	6	X		ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	06	2018	5135136
PREGRADO	10	X		MEDICINA	12	2005	414/2007

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

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 7309230			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
			Día	01	Mes	10	Año	2021	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALAS DE CIRUGIA					DIRECCIÓN CALLE 13N 9 85				

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:	
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	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	1

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, Dic 25-2023

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, **Jose Luis Amaya Saenz**
 IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 5135136 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
 PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.
 DIRECCIÓN: CALLE 25 - 72 80 Torre 12 apto 404 TELÉFONO: 3046445879

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE CARLOS AMAYA MARTINEZ	1067633710	HIJO(A)
ANDRES DAVID AMAYA MARTINEZ	1067633711	HIJO(A)

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	\$24,000,000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$24,000,000

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
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	570257170018994	DAVIVIENDA	5,000,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	CAMIONETA TUCSON	90,000,000
OTROS	MUEBLE Y ENSERES	130,000,000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
SEGUROS GLOBAL	SEGURO EDUCATIVO	60,000,000

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 X** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE **DINA MARTINEZ DE LA OSSA** DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N° **45541271**
 C.C. **X** C.E. T.I.

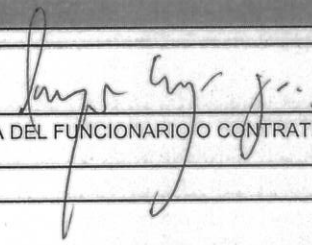
2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

Soocha, Dic 25-2023
CIUDAD Y FECHA

DAFP-QAP

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

Las actividades mencionadas en el presente documento, se otorgan a las personas que se encuentran inscritas en el padrón municipal de habitantes de la ciudad de Bogotá.

El presente documento es válido por el tiempo que se indica en el mismo.

FORMA DE PARTICIPACIÓN


DETALLE DE LA ACTIVIDAD

2008-2009

CUIDAD Y FECHA

FIRMA DEL LICENCIADO CONTRATISTA

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-317770

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO TH_FTO_13
		VERSIÓN 00
	VIGENCIA 05/07/2022	

Soacha, _25 de diciembre de 2023

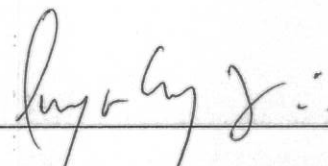
NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo José Luis Amaya Sáenz, identificado(a) con cedula No. 5.135.136 de Valledupar, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Médico especialista en Anestesiología, 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 y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decision: _____

Atentamente,



 C.C. 5.135.136 de Valledupar

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

FORMATO DE OFERTA DE PRESTACION DE SERVICIOS		PROCESO: Gestión del talento humano	Soacha	
CODIGO	VERSION			
021072022	00			

Soacha 28 de diciembre de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo José Luis Amaya Sáenz, identificado(s) con cédula No. 5.135.138 de Valledupar, interesado(s) en la oferta de prestación de servicios de Médico especialista en Anestesiología, 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.computadisa.com.co y/o el www.empleo.com.


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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga previamente su decisión:

Atentamente,

C.C. 5.135.138 de Valledupar

EMPRESA SOCIAL REGION DE SALUD SOACHA. PBX 601730220 ext 708
 Email: www.luzny.com.co Calle 13 No 8-88. Calle 13 No 10-48.
 Soacha - Cundinamarca - Colombia

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

Soacha, 25 de diciembre de 2023.

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

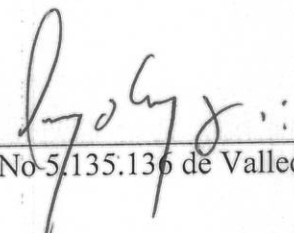
E. S. M.

Yo, José Luis Amaya Sáenz, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No 5.135.136 de Valledupar, 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 5.135.136 de Valledupar

FORMALTO DE TRABAJO		PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	NÚMERO DE FOLIO: 00	NÚMERO DE FOLIO: 00
CÓDIGO	VERSIÓN			
00	00			
VIGENCIA		02/07/2023		

Socacha, 25 de diciembre de 2023.

SEÑORES:
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOCACHA
 E. S. M.

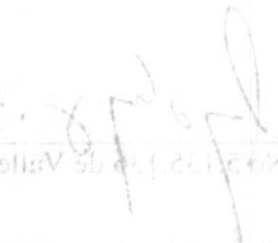
Yo, José Luis Araya Saenz, identificado (a) con Cédula de ciudadanía No. 2.132.138 de Valledupar, por medio del presente documento manifiesto que:


PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la contratación del contrato, los cuales están detallados y vigentes. **SEGUNDO:** Me comprometo a afiliarme al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones) **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizará 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) Faltó suscripción por las partes (gerente y Contratista), c) Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, d) Se encuentre expedido el registro profesional, **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que este 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 registro contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a cobrar 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 registro contractual.

Ordinariamente

C.C. No. 2.132.138 de Valledupar

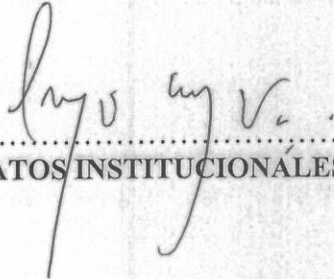


 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL: SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: José Luis Amaya Sáenz
Nº Documento: 5.135.136
Fecha de Nacimiento: 01 de enero de 1981
Dirección: Cra 25B # 72-80
Teléfono Fijo-Celular: 304 6445879
E-mail: joseluisamavasaenz@gmail.com
EPS: SANITAS
AFP: COLPENSIONES
Firma Contratista:



DATOS INSTITUCIONALES


DATOS DEL CONTRATO:

Fecha 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.

FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACION A LA ARI		 PROCESO: Gerencia del talento humano AREA: ARI
CODIGO	280 FTO 01	
VERSION	00	
VRNCIA	02-07-2022	

ARI: SURTA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellidos: José Luis Ayuga Serna
 N° Documento: 5135136
 Fecha de nacimiento: 01 de enero del 1981
 Dirección: Cra 2da N 75-80
 Teléfono fijo/celular: 704 642879
 E-mail: joseluisayuga@outlook.com
 EPS: SAVITAS
 AFP: COPISENIOS
 Firma Contratista:

[Handwritten signature]

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha inicio: _____
 Fecha finalización: _____
 Valor mensual: _____
 Valor total: _____
 Valor Area Contratación: _____

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____
 Firma responsable Afiliación: _____

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

Medellín, 27 de diciembre de 2023

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

CERTIFICA:

Que JOSE LUIS AMAYA SAENZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 5135136 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 28/12/2023

Fecha fin cobertura: 30/09/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436%

TIPO COTIZANTE:

INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3

PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%

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.

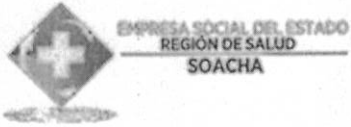
null

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

27/12/2023 11:52 AM

	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha, 25 de diciembre de 2023

Señores:

Universidad Libre (seccional barranquilla)

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

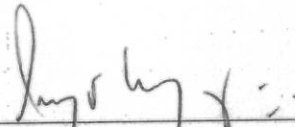
Yo José Luis Amaya Sáenz, en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” y de acuerdo con lo establecido por el literal c 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 SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Médico y Cirujano

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

N° Documento 5.135.136

Tarjeta Profesional N° 1557

Dirección de contacto Calle 25B N° 72-80

Teléfono 304 6445879

AUTORIZACION CONSULTA TITULOS ACADÉMICOS			PROCESO: Gestión del talento humano
CODIGO	TIPO		
VERSIÓN	NO		
VIGENCIA	2-07-2023		

Soacha, 22 de diciembre de 2023

Señores:

Universidad Libre (seccional barranquillita)

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que solicita el cargo a cubrir)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos


Yo, José Luis Amaya Jarama, en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su integridad 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 1521 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1337 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 efectuarse con el consentimiento de dichos personales, previo expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previo 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 vinculación de la RMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION SALUD SOACHA, sobre la identidad de mi título como:

Médico y Cirujano
(Nombre del Título/Ostentador)

Continúa...

Firma:
 N° Documento: 2.152.146
 Tarjeta Profesional N° 1.227
 Dirección de contacto: Calle 25th N° 73-80
 Teléfono: 304 6442870

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha, 25 de diciembre de 2023

Señores:

Universidad Central de Venezuela

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo José Luis Amaya Sáenz, 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".

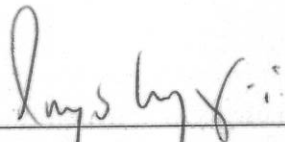
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi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

Especialista en Anestesiología

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma




N° Documento 5.135.136

Tarjeta Profesional N° 1557

Dirección de contacto Calle 25B N° 72-80

Teléfono 304 6445879

AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS		 INSTITUCIÓN VENEZOLANA DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS
FECHA	CÓDIGO	
2013/03/07	00	

Bonhola, 25 de diciembre de 2013

Señores:

Universidad Central de Venezuela

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

RE: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo José Luis Arias Sáenz, 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 respetar y garantizar este derecho" y de conformidad con el artículo 4 de la Ley 1712 de 2013 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 finalidad, el tratamiento solo puede efectuarse con el consentimiento, previo expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser cedidos o divulgados sin previa autorización, con excepción de mandato judicial o judicial que reviste el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en totalidad de grado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizando así esta respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION SALUD SOACHA, sobre la identidad de mi título como:

Especialista en Anestesiología

(Nombre del Título Original)

Ordinament


Firma

Nº Documento 2.122.186

Tarjeta Profesional N° 1251

Dirección de correo: Calle 25B N° 75-80

Teléfono: 304 644829

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS							
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>JUR_FTO_20</td> </tr> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>5/07/2022</td> </tr> </table>	CÓDIGO	JUR_FTO_20	VERSIÓN	00	VIGENCIA	5/07/2022
	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, José Luis Amaya Sáenz, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 5.135.136, expedida en Valledupar Cesar, 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 pudiere 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


COMPROBANDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN		PROCESO: Oficina de Asesoría Jurídica
CÓDIGO	VERSION	
VERSIÓN	FECHA	




COMPROBANDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Yo, José Ángel Ángel identificado (a) con cédula de ciudadanía número 5.122.136, expedida en Valledupar (Cesar), en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, número (a) de los aplicativos y herramientas de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, deberes y deberes relacionados **CLASIFI Y PRIMERA: Disposición de información confidencial.** La confidencialidad es una de las principales características de actividades de manejo de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en los procesos de información, manejo, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo momento, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, tal como se define en la Ley 1712 de 2014, en sus artículos 1 y 2. La información clasificada por esta **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y sus respectivos filiales, se divide en tres niveles de confidencialidad: **CLASIFI TERCERA: Grado de la confidencialidad.** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto salvaguardar 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 CLASIFI CUARTA:**

Objetivos del compromiso: 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 oiga en ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceros personas sin autorización del supervisor y/o directivos de la Entidad. También me comprometo a no revelar información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, publicar, transmitir, ofrecer, vender, intercambiar, ceder, intercambiar, prestar, suministrar, replicar, copiar, reproducir o crear bases de datos con la información confidencial, igualmente, no utilizar la información confidencial de forma que pueda causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. Por tanto, **Primera:** Como contratista responderé frente al Hospital por la divulgación indebida de la información y me someteré al régimen de sanciones disciplinarias que se establezcan en caso de incumplimiento de

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS							
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>JUR_FTO_20</td> </tr> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>5/07/2022</td> </tr> </table>	CÓDIGO	JUR_FTO_20	VERSIÓN	00	VIGENCIA	5/07/2022
	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	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS							
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>JUR_FTO_20</td> </tr> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>5/07/2022</td> </tr> </table>	CÓDIGO	JUR_FTO_20	VERSIÓN	00	VIGENCIA	5/07/2022
	CÓDIGO	JUR_FTO_20						
VERSIÓN	00							
VIGENCIA	5/07/2022							

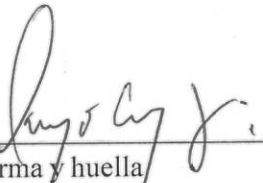

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas 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	
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

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


Para constancia se firma en Soacha, a los 25 días del mes de diciembre de 2023

Firma y huella

304 6445879
Celular No.

Correo institucional

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES							
	Proceso: Gestión del Talento Humano	<table border="1"> <tr> <td>CODIGO</td> <td>TH FTO 56</td> </tr> <tr> <td>VERSION</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>04/05/2023</td> </tr> </table>	CODIGO	TH FTO 56	VERSION	00	VIGENCIA	04/05/2023
	CODIGO	TH FTO 56						
VERSION	00							
VIGENCIA	04/05/2023							

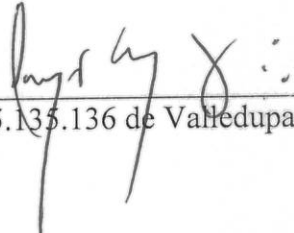
Soacha, 25 de diciembre de 2023 de 2023.

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

Yo José Luis Amaya Saenz con C.C. 5.135.136 expedida en Valledupar Cesar, 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. 5.135.136 de Valledupar.



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 21-03-101023017	ANEXO No. 0
TOMADOR DIRECCION ASEGURADO DIRECCION BENEFICIARIO	JOSE LUIS AMAYA SAENZ CL 25 B NRO. 72 - 80 JOSE LUIS AMAYA SAENZ CL 25 B NRO. 72 - 80 TERCEROS AFECTADOS	CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT	CC 5.135.136 TELEFONO 309644879 CC 5.135.136 TELEFONO 309644879 NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 21 / 06 / 2023	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 21 / 06 / 2023	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 21 / 06 / 2024	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 21 / 06 / 2023	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 21 / 06 / 2024
INTERMEDIARIO DE LIMA GRUPO EMPRESARIAL LTDA	CLAVE 93093	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1
ACTIVIDAD: ANESTESIOLOGIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 1,000,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 1,000,000,000.00		\$ 100,000,000.00

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:	\$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****423,772.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****80,516.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****504,288.00

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 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

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) 11005132895445 (3900) 000000504288 (96) 20230805

REFERENCIA
PAGO:
1100513289544-5

[Signature]
21-03-101023017

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

[Signature]
TOMADOR



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

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD**

CIUDAD DE EXPEDICION BOGOTA, D.C.	SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 21-03-101023017	ANEXO No. 0
TOMADOR DIRECCION ASEGURADO DIRECCION BENEFICIARIO	JOSE LUIS AMAYA SAENZ CL 25 B NRO. 72 - 80 JOSE LUIS AMAYA SAENZ CL 25 B NRO. 72 - 80 TERCEROS AFECTADOS	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	CC 5.135.136 TELEFONO 309644879 CC 5.135.136 TELEFONO 309644879 NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 21 / 06 / 2023	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 21 / 06 / 2023 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 21 / 06 / 2024		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 21 / 06 / 2023 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 21 / 06 / 2024	
INTERMEDIARIO DE LIMA GRUPO EMPRESARIAL LTDA CLIENTE	CLAVE 93093 % PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá

Grupo Bancolombia

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445
 Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****423,772.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****80,516.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****504,288.00

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 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

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

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



REFERENCIA PAGO:
1100513289544-5

(415) 7709998021167 (8020) 11005132895445 (3900) 00000504288 (96) 20230805

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	FOLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY		21-03-101023017	0
TOMADOR JOSE LUIS AMAYA SAENZ		CC 5.135.136	
DIRECCION CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 309644879	
ASEGURADO JOSE LUIS AMAYA SAENZ		CC 5.135.136	
DIRECCION CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 309644879	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR/ASEGURADO: JOSE LUIS AMAYA SAENZ
NO. DE IDENTIFICACION: 5135136
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
UBICACION CONSULTORIO: NO

SINIESTRALIDAD: NO DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

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

CONDICIONADO GENERAL: FORMA 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.

TA TECNICA: 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: ANESTESIOLOGIA

LIMITE ASEGURADO: \$500.000.000

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

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO

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.

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

PARAFAFO: 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.



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101023017	0
TOMADOR JOSE LUIS AMAYA SAENZ		CC 5.135.136	
DIRECCION CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 309644879	
ASEGURADO JOSE LUIS AMAYA SAENZ		CC 5.135.136	
DIRECCION CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 309644879	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 DE COBERTURA
CON SUJECION 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.

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
SEGURESTADO 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 NO INFERIOR A: \$100.000.000

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

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE

LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO: \$1.000.000.000

100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA

MINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS \$1.000.000.000

DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD \$1.000.000.000

GASTOS DE DEFENSA POR EVENTO: HASTA \$15.000.000 POR VIGENCIA: HASTA \$100.000.000

DEDUCIBLES: GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

DEMÁS AMPAROS: 10% DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMLV

EXCLUSIONES

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO 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:

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.



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101023017	0
TOMADOR	JOSE LUIS AMAYA SAENZ	CC	5.135.136
DIRECCION	CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
		TELEFONO	309644879
ASEGURADO	JOSE LUIS AMAYA SAENZ	CC	5.135.136
DIRECCION	CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
		TELEFONO	309644879
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

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

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

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

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

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 SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

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

20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

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

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



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101023017	0
TOMADOR JOSE LUIS AMAYA SAENZ		CC 5.135.136	
DIRECCION CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 309644879	
ASEGURADO JOSE LUIS AMAYA SAENZ		CC 5.135.136	
DIRECCION CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 309644879	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL CLINICA DEL ASEGURADO.
25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZ TALES 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 CUALQU NATURALLEZA, 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 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 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 AUTORID 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 L DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PA 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 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 HA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO 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 INTERRUPCIO 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 INTERES 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 ESTRUCTURA.
38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALLEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CU EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO CUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO 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, TELEFONO.
42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVI INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALLEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPOR SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAME 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.



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO		POLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL		21-03-101023017	0
TOMADOR	JOSE LUIS AMAYA SAENZ		CC	5.135.136
DIRECCION	CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	309644879
ASEGURADO	JOSE LUIS AMAYA SAENZ		CC	5.135.136
DIRECCION	CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	309644879
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 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 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 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 SERVICIO DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
- EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURO ESTADO NO SE RESPONSABILIZA 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 ACUDIENDES.
 - 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 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 PROFESIO 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 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. SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GA DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O MAL USO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIR EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑO RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.
65. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA 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
 - 3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
 - A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA; B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGANOSAS 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.
- PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
- 1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;



SEGUROS
DEL
ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURCAL	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY		21-03-101023017	0
TOMADOR JOSE LUIS AMAYA SAENZ		CC 5.135.136	
DIRECCION CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 309644879	
ASEGURADO JOSE LUIS AMAYA SAENZ		CC 5.135.136	
DIRECCION CL 25 B NRO. 72 - 80	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 309644879	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA:

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA


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.



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

José Luis

Apellidos:

Amoya Saenz

Documento
de identidad:

C.C.

T.I.

Pasaporte

PEP

otro

cuál:

No.

5135136

Fecha de
nacimiento:

Día

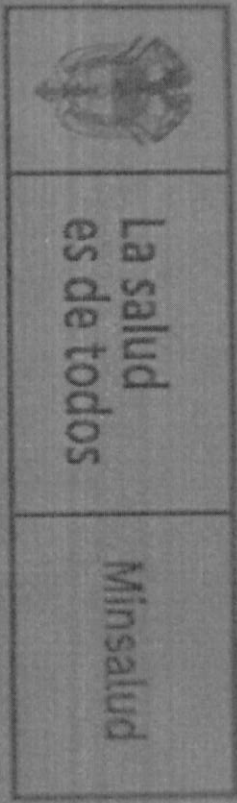
07

Mes

07

Año

7981



Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Jose Luis

Apellidos:

Amaru Saenz

Documento de identidad:

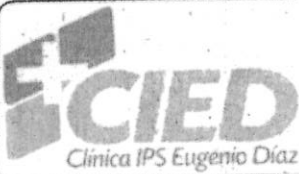
C.C. T.I. Pasaporte No. 5135136

Fecha de nacimiento:

Día 01 Mes 01 Año 1981

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión	1	15-3-21	0128W3002	Vald.S
	2			
Fórmula	1	29-7-21	23381024F	Cormen
	2	31-8-21	23381024F	Hond Teres
	3			
	4			
	5			
Dosis	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	29-7-21	032010140	Cormen
	2	31-8-21	032010118	Hond Teres
	3	01-9-21	032010118	
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	21-11-21	032010118	Cormen
Otros				



CLINICA IPS EUGENIO DIAZ S.A.S

Nit. 900810768 - 8

Dirección: CL 12 A # 9 -914

Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso Periódico Retiro Post incapacidad Caso ocupacional
 Control Reubicación Ingreso al SVE Trabajo en alturas

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 19/12/2023 11:19:00 Empresa PARTICULAR

Nombre JOSE LUIS AMAYA SAENZ

Cargo ANESTESIOLOGO

Doc. Identidad CC 5135136



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 ESFASIS OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplazado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere restricciones de actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto con restricciones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere reubicación laboral temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere reubicación laboral permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para participar en la brigada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
					Sospecha de enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Enfermedad Común	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
 Visual Auditivo Respiratorio Cardiovascular Psicosocial Ergonómico Otros

REMISIÓN SI NO ARL SI NO EPS NUTRICION SI NO

OPTOMETRÍA: Control anual
 Riesgo cardiovascular: Bajo
 1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo

Monica Alejandra Perez Navarrete
 MEDICO GENERAL EN
 SEGURIDAD Y SALUD DE
 TRABAJO
 C.C. 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
 Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y
 MEDICINA LABORAL
 CC: 1030583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017

Jose Luis Amaya Saenz

Trabajador: JOSE LUIS AMAYA SAENZ
 CC 5135136

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

República de Colombia



La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

José Luis Amaya Sáenz

C.C. No. 5.135.136 de *Valderrama - Cesar*.

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Médico y Cirujano

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, se expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

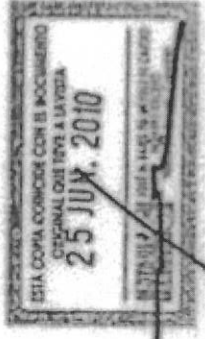
En la ciudad de Bogotá, el 25 de Julio de 1969.

El Rector

El Secretario General

En la ciudad de Bogotá, el 25 de Julio de 1969.

En la ciudad de Bogotá, el 25 de Julio de 1969.



El Rector

El Secretario General

67003



UNIVERSIDAD LIBRE

Seccional Barranquilla

Km.7 Vía antigua Puerto Colombia
Commutador: 3598886
Fax: 3598887

Miembros de la
Asociación Colombiana
de Universidades

Acta de Grado No. 4.942

Folio No. 07

En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Barranquilla, siendo las 2:00pm. del día 19 de diciembre de 2005, se reunieron los doctores MIGUEL SALOMON CALVANO Rector Seccional, CARLOS TACHE ZAMBRANO Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud y CECILIA ARCINIEGAS ANGARITA Secretario Académico de la misma Facultad, con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación hecha por el Rector Nacional contenida en la Resolución No.008 25 de octubre de 1996, de acuerdo con el literal 10 del artículo 34 del Estatuto de la Corporación Universidad Libre, del egresado AMAYA SAENZ JOSE LUIS identificado con la cédula de ciudadanía No 5.135.136 expedida en VALLEDUPAR, quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y Reglamentos del Programa, en virtud de lo expuesto,

RESUELVE:

Otorgarle el título de MEDICO Y CIRUJANO, al egresado AMAYA SAENZ JOSE LUIS, previo juramento que se le toma por el Rector Seccional, acto seguido se procede a hacer entrega al graduado Sr. (a) AMAYA SAENZ JOSE LUIS del Diploma y copia de la presente Acta de grado.

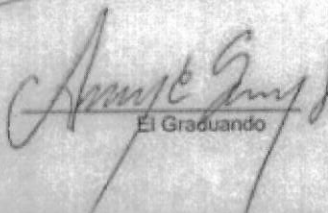
En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Barranquilla, a los 19 días del mes de diciembre de 2005.

Para constancia se expide y firma la presente Acta.


El Rector


El Decano


El Secretario Académico


El Graduando



Dra. Cecilia García-Arocha Márquez
Rector (a)

Hago saber



que

José Luis Amaya Saenz

Titular de la Cédula de Identidad N° PAS AQ358494, cumplió con todos los requisitos exigidos por las leyes, por lo cual en nombre de la República y por autoridad de la Ley, le confiero el título de:

Especialista en Anestesiología

Tómese razón de éste Diploma en la Secretaría de ésta Universidad y reconóscasele en toda la República los derechos inherentes a éste título. En fe de lo cual firmo el presente Diploma en unión del Vicerrector(a) Académico(a) en su condición de Presidente del Consejo de Estudios de Postgrado, del Secretario(a), y del Decano(a) respectivo, en la Ciudad Universitaria de Caracas, a los veintitún días del mes de junio del año dos mil dieciocho.

Años: 208° y 159°

Rector(a)

Vicerrector(a) Académico(a)

Decano (a)

Secretario (a)

Oficina Principal de Registro Público
Caracas, el 21 de Agosto de 2018
años 208 y 159

Inscrito al folio 3332 del libro respectivo

Cuando registrado bajo N° 13
Folio 18 Como 1 Trimestre
Año 208 Derecho de Reg. Es.
según planilla N° 042

El Registrador Principal

Secretario(a)



Caracas, el 21 de Agosto de 2018

Amable Salazar Cordero


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

Número No. 20 414/ 2007
 Firma Médico

Nombre y Apellidos
JOSE LUIS AMAYA SAENZ

C.C. o C.E. C 5135136 VALLEDUPAR
 Universidad LIBRE ATLANTICO Ciudad BARRANQUILLA
 Código 52600/20 Fecha de Expedición 25/10/07

FIRMA
 MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO No. 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992. SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.


 La salud es de todos


 COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JOSE LUIS AMAYA SAENZ

C.C. 5135136
 MEDICO
 Universidad Libre
 Barranquilla
 Grado: 9/21/2005
 Postgrado: 2/03/2007



ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO **01557** DE 2019

(12 JUN 2019)

Por la cual concede autorización para ejercer la Especialidad Médica en Anestesiología

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

En ejercicio de la facultad otorgada por el artículo 5° de la Ley 6ª de 1991, la Resolución No. 4354 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social

CONSIDERANDO:

Que el doctor **JOSE LUIS AMAYA SAENZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 5.135.136 , ha solicitado la autorización para el ejercicio de la especialidad médica en **ANESTESIOLOGÍA**.

Que presentó la Resolución No. 4706 del 13 de mayo de 2019 del Ministerio de Educación Nacional, por la cual se convalida el título otorgado por la Universidad Central de Venezuela, Venezuela, como especialista en **Anestesiología**.

Que **JOSE LUIS AMAYA SAENZ**, se encuentra inscrito como **MÉDICO** en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, por lo que está autorizado para ejercer dicha profesión en todo el territorio nacional, de conformidad con el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007.

Que la solicitud, cumple con los requisitos establecidos en la Resolución 4354 de 2012.

RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO.- Autorizar al doctor **JOSE LUIS AMAYA SAENZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 5.135.136, para ejercer la **ESPECIALIDAD MÉDICA** en **ANESTESIOLOGÍA**, en todo el territorio nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 12 JUN 2019

LUIS GABRIEL BERNAL PULIDO

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cedula de Ciudadania

5135136

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *

2651



Cambiar

7527

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-12-01→12:50:24 AM -2023-12-01→12:51:45 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	5135136	JOSE	LUIS	AMAYA	SAENZ	Vigente	✓

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) JOSE LUIS AMAYA SAENZ identificado(a) con CC 5135136 registra La siguiente información:

2023-12-01→12:51:45 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Extranjero	Anestesiología	2019-06-12	1557	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2007-03-12	414	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Pr
Presto SSO	Local	COLOMBIA CESAR MANAURE BALCÓN DEL CESAR	2006-07-21	2007-01-21	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	M

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

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones



004706 13 MAY 2019

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No. 14705 del 21 de agosto de 2018.

CONSIDERANDO:

Que JOSE LUIS AMAYA SAENZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 5.135.136, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA, otorgado el 21 de junio de 2018, por la UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, VENEZUELA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. CNV-2018-0007728.

Que el convalidante adjunta copia del título de MÉDICO Y CIRUJANO, otorgado el 20 de abril de 2006, por la UNIVERSIDAD LIBRE, COLOMBIA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 16º de la Resolución 20797 del 09 de octubre de 2017, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: "Los títulos del área de la salud deben ser sometidos únicamente al criterio de evaluación académica a cargo de la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, órganos o pares evaluadores".

Que el 15 de marzo de 2019, los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA.

La convalidación de títulos de educación superior es una actuación administrativa que se desarrolla especialmente con arreglo a los principios del debido proceso, buena fe y moralidad, en virtud de los cuales se impone i) adelantar el procedimiento de conformidad con las normas establecidas en la Constitución y la ley; ii) presumir el comportamiento leal y fiel de los particulares en el ejercicio de sus derechos y deberes y iii) asumir que todas las personas honran su obligación de actuar con rectitud, lealtad y honestidad.

El trámite de convalidación de títulos se encuentra regido por la Ley 1437 de 2011, la Ley 30 de 1992, la Ley 1753 de 2015, el Decreto 5012 de 2009 y la Resolución 20797 del 09 de octubre de 2017, regulación que conlleva la realización de un análisis legal y académico de todos los documentos aportados por los solicitantes de convalidación, aspecto que revela su carácter eminentemente documental, sin que sea posible verificar la adquisición y desarrollo de competencias, conocimientos, aptitudes, actitudes, habilidades y destrezas prácticas en un escenario real, debido a la ausencia de un examen teórico-práctico legalmente vinculante dentro del proceso de convalidación, de tal suerte que para el caso de los títulos de especializaciones médico quirúrgicas, es materialmente imposible asegurar la idoneidad de quienes solicitan la convalidación de sus títulos.

El Ministerio de Educación Nacional ha desplegado un papel activo con miras a verificar, con apoyo de los informes de la Federación Médica Venezolana (FMV), la Academia Nacional de

Continuación de la Resolución por la cual se resuelve la solicitud de convalidación de JOSE LUIS AMAYA SAENZ

Medicina, el Observatorio Venezolano de Salud y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, las condiciones de calidad de los programas de pregrado y posgrado en salud ofertados en Venezuela, frente a lo certificado documentalmente; sin embargo, dichos esfuerzos han resultado infructuosos debido a la nula respuesta institucional, lo cual limita nuevamente el campo de acción del proceso de convalidación a la verificación de documentos, que si bien se reputan verdaderos debido a la gravedad de juramento con la que son presentados y a la presunción de buena fe y moralidad, no permiten llegar a la certeza sobre los hechos que se alegan.

Bajo las anteriores consideraciones, el Ministerio de Educación Nacional dentro del proceso de convalidación de títulos, continuará adelantando las gestiones necesarias de verificación de la formación de quienes han adquirido sus títulos de educación superior en Venezuela, con las limitaciones legales anteriormente expuestas y con la finalidad de proteger dentro de la órbita de sus funciones, los derechos de la colectividad, la salud e integridad física y mental de su población

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA, otorgado el 21 de junio de 2018, por la UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, VENEZUELA, a JOSE LUIS AMAYA SAENZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 5.135.136, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

ARTÍCULO SEGUNDO. - Para el ejercicio de la profesión se deberá realizar la respectiva inscripción según lo dispuesto en la Ley 6 de 1991.

PARÁGRAFO. - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO TERCERO. - La convalidación a cargo del Ministerio de Educación Nacional y la autorización para el ejercicio profesional a cargo de los Colegios o Agremiaciones Profesionales corresponden a trámites de diferente naturaleza, el primero, orientado al reconocimiento de efectos académicos de un título de educación superior conferido en el exterior y el segundo, referido a la inscripción del profesional en los registros públicos mediante los cuales se le habilita para su ejercicio profesional, en consecuencia, la decisión de convalidar un título no conlleva la autorización para el ejercicio profesional.

ARTÍCULO CUARTO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C.

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR


MAYTE BELTRÁN VENTERO

Proyectó: LAUAVILA - Profesional- 22 de marzo de 2019 ✓
Revisó: YJIMENEZ - Profesional del Grupo de Convalidaciones y

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:
JOSE LUIS AMAAYA SAENZ

Realizó el curso de:

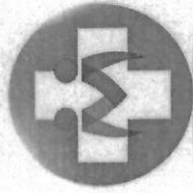
CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una Intensidad Horaria de 12 horas

SANDRA MILENA DUARTE CASTRO
CAPACITADOR

DRA. ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: octubre 17, 2023



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA



LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:
JOSE LUIS AMAYA SAENZ

Realizó el curso de:

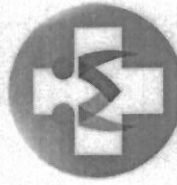
MANEJO DEL DUELO

Con una intensidad de seis (6) horas.

JORGE HERNANDEZ
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión noviembre 30, 2023

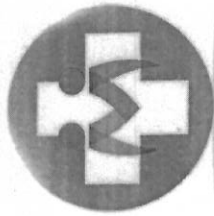


EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA



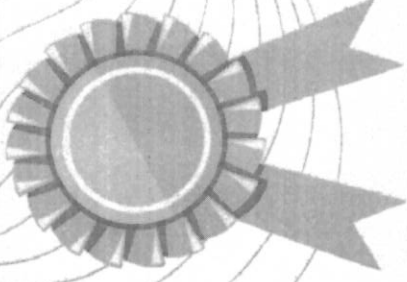
CUNDINAMARCA
Que Progresas
en comunicación





E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA



CERTIFICA QUE:

JOSE LUIS AMAYA SAENZ

Realizó el curso de:

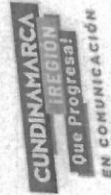
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,82

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: febrero 12, 2022



Gobernación de Cundinamarca



CED

**CENTRO DE ESTUDIOS
EDUCATTE**

MATRICULA: 03036909



CERTIFICA

QUE **AMAYA SAENZ JOSE LUIS**

CC 5.135.136

**CURSO Y PARTICIPO (60 HORAS) SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS ESTABLECIDOS PARA EL
CURSO DE ENTRENAMIENTO ACTUALIZADO EN SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)**
Taller práctico realizado el 19 De Octubre 2023; curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 4904 de 16 de enero de 2009 en su Art. 5, 8 y la resolución 3100 de 2019 acreditando 60 horas de educación informal con validez de 2 años

Centro de Estudios Educatte
CRISTÉ VILLALOBOS
DIRECTORA DE DIRECCIÓN

Centro de Estudios Educatte
ANGELA VILLALOBOS
ENFERMERA PROFESIONAL RUN: 39900

CORREO: estudioseducate@hotmail.com WhatsApp: 311 803 23726

CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATTE



MATRICULA: 03036909

CERTIFICA

QUE **JOSE LUIS AMAYA SAENZ**

CC.5.135.136

CURSO Y PARTICIPO (40 HORAS) SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS -ACADEMICOS ESTABLECIDOS PARA EL

CURSO DE DETECCION Y CUIDADO DE DONANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS

Taller práctico realizado el 23 De marzo De 2023; curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 1115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 4904 de 16 de enero de 2009 en su Art. 5, 8 y la resolución 3100 de 2019 acreditando 40 horas de educación informal con una duración de 2 años.



ANGELA VILLALOBOS

ENFERMERA PROFESIONAL RUN: 39900

CED



CRISTEL VILLALOBOS

DIRECTORA

CORREO: estudioseducate@hotmail.com WhatsApp: 311 803 23 26