E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO, Identificado con Cédula No. 1256191O y Profesión MEDICO GENERAL **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.561.910**

VELEZ BERRIO

APELLIDOS

JUAN FERNANDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-AGO-1964**

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-MAR-1983 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00164163-M-0012561910-20090724 0013856692A 1 4420101928

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **12561910**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	12561910	VELEZ	BERRIO	JUAN	FERNANDO	2022-07-15, 10:54 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	12561910	VELEZ	BERRIO	JUAN	FERNANDO	2023-06-13, 9:48 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO identificado con C.C./C.E./P.P No. 12561910 expedida en SANTA MARTA , autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 03 del mes de Diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO
Cédula 12561910

COPIA CONTROLADA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar | Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.11447147
Número del contrato	CD20233776
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	9/10/2023 10:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	27 días para terminar *(31/12/2023 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	3 Meses
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(●) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	( ) Sí (●) No
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (●) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (●) No
Reversión	( ) Sí (●) No

Entidad Estatal

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO* ***Fecha de aprobación:*** *9/10/2023 1:37:15 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por:	*GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA*	***Fecha de aprobación:***	*9/10/2023 9:19:51 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_5441162_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_5441162_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación régimen especial
Unidad de contratación	Grupo de contratación SECOP II
Proceso de Contratación	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	15.000.000,00 COP

SANTA MARTA MAGDALENA, DICIEMBRE 2023

DOCTOR
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

CORDIAL SALUDO

A SOLICITUD DE SU RESPETADA INSTITUCION, YO JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO, IDENTIFICADO CON C.C. N° 12´561.910 DE SANTA MARTA, LE SOLICITO A USTED ME PERMITA INGRESAR COMO MEDICO GENERAL CON ENTRENAMIENTO EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO, A REALIZAR LABORES DE SU COMPETENCIA EN LAS AREAS DE CUIDADO CRITICO NEONATAL Y PEDIATRICA.
SE ANEXAN DATOS DE NOTIFICACION:

*JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO
CC. 12 561 910 DE SANTA MARTA
DIRECCION CARRERA 24 No 20-36 VILLA JARDIN III
EMAIL: fernando080109@haotmail.com
CELULAR 3016350350

ESPERO REUNIR LAS CONDICIONES PARA TAL CARGO DENTRO DE LA EMPRESA

ATENTAMENTE,



JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO

C.C. N° 12´561.910 DE SANTA MARTA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14675857859

(415)7707212489984(8020) 000001467585785 9

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 2 5 6 1 9 1 0	1 9 8 3 0 3 0 1

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VELEZ	BERRIO	JUAN	FERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 24 20 36 BRR JARDIN

42. Correo electrónico: fernando080109@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 1 3 0 1 0 2	8 6 2 1	1 9 8 9 0 7 0 3				2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 12 - 10 / 02 : 04: 06

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Velez	Berrio	Juan Fernando

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 12561910	F ○ M ⊗	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 12561910 D.M. 44

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 01 MES 08 AÑO 1964	CARRERA 24 - 20 36 Villa Jardin III			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	GIRARDOT	TELÉFONO	4224908	EMAIL	fernando080109@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1980
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X			06	1989	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

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 UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MED GENERAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PRADO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4314858	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	03	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MED GENERAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 No 26 ESQ					

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6054368060	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2015	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CATEDRATICO MEDICINA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Troncal del caribe					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CARDIOVASCULAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4329100	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	08	*Año* 2009	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 N 26 A 71						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PUNTO EMPLEO S.A.			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2008	*Día*	24	*Mes*	03	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MEDICO GENERAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2006	*Día*	05	*Mes*	05	*Año*	2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 18 N 12 16 OFICINA 301						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE JOSE PRUDENCIO PADILLA UNIDAD HOSPITALARIA CAA CUNDI			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	04	*Año* 2003	*Día*	18	*Mes*	04	*Año*	2006	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 36 N 44 01						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	04	*Año* 1996	*Día*	26	*Mes*	06	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	07	*Año* 1991	*Día*	28	*Mes*	08	*Año*	1992
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 N 7 Y 8					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 4368060	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	08	*Año:* 2014	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* ANILLO VIAL - TRONCAL DEL CARIBE SECTOR MAMATOCO					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	05	*Mes:*	02	*Año:* 2018	*Día:*	22	*Mes:*	06	*Año:*	2018
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN*					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

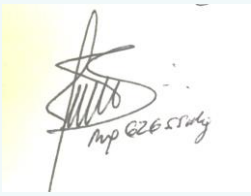
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	20	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	27	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	53	0

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento



SANTA MARTA, DICIEMBRE 4 DE 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

República de Colombia

Departamento del Magdalena

Colegio Franciscano De

San Luis Beltrán

Aprobado por Resolución No. 17486 de Noviembre 23 de 1976

Emanada del Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que:

Juan Fernando Vélez Berrío

Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación Media de acuerdo con la Resolución No. 2332 de Abril 5 de 1974, le confiere el título de:

Bachiller Académico

El Rector.

Hr. Gustavo Trujillo C.

Firma y Sello

El Secretario.

Eloísa Peña A.

Firma y Sello

Expedido en Santa Marta, el 30 de Noviembre de 1980

Gobernación del Magdalena

Anotado al folio No. 149 del Libro de Registro de Diplomas No. 28 No. 22-584 de nov. 26/80

El Gobernador del Departamento

El Secretario de Educación

El Jefe de Educación Media

Registrado en Santa Marta, a 26 de Noviembre de 1980

REPUBLICA DE COLOMBIA — TIMBRE NACIONAL — $10 — DIEZ PESOS — $10 02387973 $10

Como Notario Tercero de este Circuito hago constar que esta fotocopia concuerda con su original que he tenido a la vista.

22 SET 1994

Rosa Victoria Campo Rodríguez
NOTARIO TERCERO
Santa Marta, D. T.

UNIVERSIDAD DEL NORTE

ACTA DE GRADO No.
03-89-02-37

En Barranquilla a los 30 días del mes de junio de mil novecientos 89 se llevo a cabo la ceremonia de graduación presidida por el Rector y las autoridades académicas, en la cual la Universidad del Norte autorizada para el efecto según Decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973 del Ministerio de Educación Nacional, y previo juramento reglamentario, confirió el título de:

M E D I C O C I R U J A N O

a

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO

identificado con C.C. No. 12.561.910 de Santa Marta(Magd.) quien cumplió con los requisitos exigidos por la Universidad.

En fé de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Barranquilla a los 30 días del mes de junio de 1989

Firmado por

Rector

Decano

Director del Programa

Secretaria Académica

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD DEL NORTE

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973, Representada por el Consejo Directivo y el Rector:

teniendo en cuenta que:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO

C.C. No. 12.561.910 de Santa Marta (Magd.)

Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:

MEDICO CIRUJANO

MINISTERIO DE SALUD
Reconocido este título para todos los efectos legales
Bogotá 05 VIII 89
Resolución No. 9819

Dado en Barranquilla a los 30 días del mes de Junio de 1989

Decano de División

Rector

Director del Programa

Gobernador

Secretario Académico

Secretaría de Educación

Libro No. 06 Acta No. 89-03-02-37

Registrado LR No. 08

Powered by CamScanner

C1256191000155947

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) **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO**, identificado(a) con C.C. No. 12561910 y T.P. o R.M. No. 626/1999 del(a) Secretaría Seccional de Salud del Magdalena, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el domingo 03 diciembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
PRESIDENTE

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número 9819

Por la cual se concede una autorización

EL SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR

En ejercicio de la delegación conferida por Resolución número 8078 de Junio 26 de 1991 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

C O N S I D E R A N D O :

Que JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO con C.C. No. 12.561.910
de Santa Marta ha solicitado el registro de su TITULO
De MEDICO CIRUJANO
Que le otorgó LA UNIVERSIDAD DEL NORTE, el 30 de Junio de 1.989

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de ATLANTICO
Al folio 147 del libro 63 de abril 10 de 1.991
Que CUMPLIO EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN LA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA.

R E S U E L V E :

ARTICULO UNICO .- Autorízase a JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO
para ejercer la profesión de MEDICO CIRUJANO
en el territorio nacional, previa anotación correspondiente

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud.

21 AGO. 1991
NOTARIO PRIMERO
Santa Marta (Magdalena)

DOROTEO LAFAURIE
NOTARIO PRIMERO (E)

ESMERALDA VARGAS VALLEJO
SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
DEL SECTOR

ESPERANZA H. de LOBO
JEFE DIVISION DE DESARROLLO
DEL RECURSO HUMANO

Ordon.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



REGISTRO NO. 626

NOMBRE: JUAN FERNANDO VELEZ B.

C. C. NO. 12. 561. 910

EXPEDIDA EN: SANTA MARTA

TITULO: MEDICO

JEFE. CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

Se le agradece a todas las Autoridades, Civiles y Militares. prestar la mayor colaboración posible al funcionario portador de este Carnet.

Fecha de Expedición: 01 JUN. 1999

Powered by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación * Cedula de Ciudadania

Número de Identificación * 12561910

Primer Nombre JUAN

Primer Apellido VELEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8737

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-03→9:33:40 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	12561910	JUAN	FERNANDO	VELEZ	BERRIO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO identificado(a) con CC 12561910 registra La siguiente información:

2023-12-03→9:33:40 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	1991-08-05	9819	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA 802050017
CERTIFICADO RM24499
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900126665

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** HVILLA **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 03 MM 01 AAAA 2024

TOMADOR	VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO	**C.C. O NIT:**	12561910 8
DIRECCIÓN:	CR 24 20 36 BRR JARDIN	**CIUDAD:**	SANTA MARTA
E-MAIL:	FERNANDO080109@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	6054231990
ASEGURADO:	VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO	**C.C. O NIT:**	12561910
DIRECCIÓN:	CR 24 20 36 BRR JARDIN	**CIUDAD:** SANTA MARTA	**TEL.** 6054231990
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DESDE DD 03 MM 01 AAAA 2024	HASTA DD 03 MM 01 AAAA 2025	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA 250,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO
100.00	EGON SEGUROS LTDA				

PRIMA		
TRM:	MONEDA	VALORES
PRIMA NETA	PESOS	210,000.00
CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
IVA	PESOS	39,900.00
TOTAL		249,900.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	03-01-2024	03-01-2025	0.00	250,000,000.00	175,000.00	10	1,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	100,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	35,000.00	10	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

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

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

SISTEMA BASE COBERTURA: OCURRENCIA

ACTIVIDAD PROFESIONAL: MEDICO

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
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 DE SEGURO.
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04

(415)7709998911901(8020)0900126665

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA	802050017
CERTIFICADO	RM24499
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO	0900126665

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** HVILLA **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 03 MM 01 AAAA 2024

TOMADOR	VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO	**C.C. O NIT:**	12561910 8
DIRECCIÓN:	CR 24 20 36 BRR JARDIN	**CIUDAD:**	SANTA MARTA
E-MAIL:	FERNANDO080109@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	6054231990
ASEGURADO:	VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO	**C.C. O NIT:**	12561910
DIRECCIÓN:	CR 24 20 36 BRR JARDIN	**CIUDAD:** SANTA MARTA	**TEL.** 6054231990
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DESDE DD 03 MM 01 AAAA 2024	HASTA DD 03 MM 01 AAAA 2025	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA 250,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	EGON SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	210,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	39,900.00
						TOTAL		249,900.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	03-01-2024	03-01-2025	0.00	250,000,000.00	175,000.00	10	1,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	100,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	35,000.00	10	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

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

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

SISTEMA BASE COBERTURA: OCURRENCIA

ACTIVIDAD PROFESIONAL: MEDICO

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
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 DE SEGURO.
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04

(415)7709998911901(8020)0900126665

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA 802050017
CERTIFICADO RM24499
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900126665

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** HVILLA **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 03 MM 01 AAAA 2024

TOMADOR	VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO	**C.C. O NIT:**	12561910 8
DIRECCIÓN:	CR 24 20 36 BRR JARDIN	**CIUDAD:**	SANTA MARTA
E-MAIL:	FERNANDO080109@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	6054231990
ASEGURADO:	VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO	**C.C. O NIT:**	12561910
DIRECCIÓN:	CR 24 20 36 BRR JARDIN	**CIUDAD:** SANTA MARTA	**TEL.** 6054231990
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 03 01 2024	**HASTA** 03 01 2025			250,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	EGON SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	210,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	39,900.00
						TOTAL		**249,900.00**

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	03-01-2024	03-01-2025	0.00	250,000,000.00	175,000.00	10	1,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	100,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	35,000.00	10	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

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

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

SISTEMA BASE COBERTURA: OCURRENCIA

ACTIVIDAD PROFESIONAL: MEDICO

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
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 DE SEGURO.
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04

(415)7709998911901(8020)0900126665

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA 802050017
CERTIFICADO RM24499
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900126665

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** HVILLA **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 03 MM 01 AAAA 2024

TOMADOR	VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO	**C.C. O NIT:**	12561910 8
DIRECCIÓN:	CR 24 20 36 BRR JARDIN	**CIUDAD:**	SANTA MARTA
E-MAIL:	FERNANDO080109@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	6054231990
ASEGURADO:	VELEZ BERRIO JUAN FERNANDO	**C.C. O NIT:**	12561910
DIRECCIÓN:	CR 24 20 36 BRR JARDIN	**CIUDAD:** SANTA MARTA	**TEL.** 6054231990
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DESDE DD 03 MM 01 AAAA 2024	HASTA DD 03 MM 01 AAAA 2025	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA 250,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	EGON SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	210,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	39,900.00
						TOTAL		249,900.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	03-01-2024	03-01-2025	0.00	250,000,000.00	175,000.00	10	1,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	100,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	35,000.00	10	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	03-01-2024	03-01-2025	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

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

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

SISTEMA BASE COBERTURA: OCURRENCIA

ACTIVIDAD PROFESIONAL: MEDICO

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
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 DE SEGURO.
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04

(415)7709998911901(8020)0900126665

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico: 0900126665

Nit: 12561910 **DV:** 8

Tomador: JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO

Póliza: 802050017 **Certificado:** RM24499 **UBICACION:** SANTA MARTA

Valor Póliza:$ 249,900

FECHA DE DD MM AAAA

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
		CHEQUES $	
		EFECTIVO $	
		(*) TOTAL	

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Surtimax
Olímpica
Movilred
Grupo Gelsa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra página web.
Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

(415)7709998911901(8020)0900126665

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico: 0900126665

Nit: 12561910 **DV:** 8

Tomador: JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO

Póliza: 802050017 **Certificado:** RM24499 **UBICACION:** SANTA MARTA

Valor Póliza:$ 249,900

FECHA DE DD MM AAAA

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
		CHEQUES $	
		EFECTIVO $	
		(*) TOTAL	

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Surtimax
Olímpica
Movilred
Grupo Gelsa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra página web.
Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

(415)7709998911901(8020)0900126665

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.
C.C. 12.561.910

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 11 DE DICIEMBRE DE 2022.
DURACIÓN 40 HORAS.
Según Resolución 0459 del 2012.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No 10316 de 09/07/2021.**

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

DR. STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE

FECHA DE RENOVACION DICIEMBRE 2024

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El..
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451758

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.
C.C. 12.561.910

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO PEDIÁTRICO "SVAP-PALS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA), EL DÍA 05 DE DICIEMBRE DEL 2022.
DURACIÓN 48 HORAS
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN, PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.
TEMARIO: EVALUACIÓN PEDIATRICA, CONCEPTO DE EQUIPO DE RESUCITACIÓN, RCCP, BRADIARRITMIAS Y TAQUIARRITMIAS, EMERGENCIAS RESPIRATORIAS, SHOCK, FARMACOLOGIA

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No 10316 de 09/07/2021.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS–ACLS (AHA), CORAT.

DR. STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

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

FECHA DE RENOVACION SVAN – PALS DICIEMBRE 2024

Cel.3107451759

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

FUNDACIÓN INSIMED
Innovación, Simulación y Educación en Salud

La Fundación INSIMED certifica que:

JUAN VÉLEZ BERRIO
C.C. 12561910

Ha participado en el curso de:

REANIMACIÓN NEONATAL

Realizado el día 4 de junio de 2022, con una intensidad de 32 horas Teórico Prácticas.

Santa Marta, Magdalena.

Marlene Castillo R.

Marlene Castillo R.
Líder Académica
Fundación INSIMED

Lilian Macías
Neonatóloga Instructora
ASCON/INSIMED

Nº 7846

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT. 901.687.882-6

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.

C.C. 12.561.910.

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"DIPLOMADO UCI PEDIATRICO Y NEONATAL"

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

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 08 DE JUNIO DE 2023.

DURACIÓN 120 HORAS.

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

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD. Resolución 3100/2019..

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023. Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4481 de 2012. *Crue Mag.*

AMAURY JULIO.
COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMÉRICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y SIMULACIÓN CLÍNICA.

DR. STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

DR RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

FECHA DE RENOVACION JUNIO 2025.

@emergencias.glem @emergencias.glem emergencias.glem@gmail.com

Linea nacional 310 231 0 500

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.
C.C. 12.561.910

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 28 DE NOVIEMBRE DEL 2022
DURACIÓN 20 HORAS.

TEMARIO: ASPECTOS PSICOSOCIALES, ASPECTOS ÉTICOS Y MARCO LEGAL AL FINAL DE LA VIDA, CUIDADOS PALIATIVOS ANTE LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS, ASPECTOS PSICOSOCIALES, ASPECTOS ÉTICOS Y MARCO LEGAL AL FINAL DE LA VIDA,

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021.**

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

DR. STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.

FECHA DE RENOVACION NOVIEMBRE 2024

cel.310 7451759

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El..
LINEA GRATIS NACIONAL 01800094227

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.

C.C. 12.561.910

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"GESTIÓN DEL DUELO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 29 DE NOVIEMBRE DE 2022.
DURACIÓN 08 HORAS.

TEMARIO: ROL DEL PROFESIONAL EN LOS PROCESOS DE NEGACION Y ACEPTACIÓN EN EL PACIENTE, EL DUELO EN SITUACIONES ESPECIALES, DUELO ANTICIPATORIO, DUELO POR SUICIDO, DUELO POR MUERTE TRAUMATICA, DUELO POR DESAPARICIÓN, DUELO POR MUERTE PERINATAL.

RESOLUCIÓN 3100/2019. **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021.**

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

DR. STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.

FECHA DE RENOVACION NOVIEMBRE 2024

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El.

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO.
C.C. 12.561.910

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"CUIDADOS DEL DONANTE"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 01 DE DICIEMBRE DEL 2022
DURACIÓN 40 HORAS,

TEMARIO: NORMATIVIDAD DE DONACIÓN, DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DEL POTENCIAL DONANTE, MUERTE ENCEFÁLICA, MANTENIMIENTO DEL POTENCIAL DONANTE, COMUNICACIÓN EN SITUACIÓN DE DUELO, RESCATE, ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS, DONACIÓN DE TEJIDOS, PROMOCIÓN A LA DONACIÓN. MITOS Y REALIDADES.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. ~~10316~~ de 09/07/2021.**

DR. STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTIFICO
MÉDICO INTERNISTA-CARDIOLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGIA.

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

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.

FECHA DE RENOVACION DICIEMBRE 2024.

CELULAR; 3107451759

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

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

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

LABORATORIO CLÍNICO MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 03/01/2024

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO
Identificación: CC: 12561910
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: MEDICO
Fecha nacimiento: 01/08/1964
Edad: 59
Genero: Masculino
Estado civil: Casado
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Santa marta,
Nº hijos: 6
ARL:
EPS: Nueva EPS
AFP: Colpensiones

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

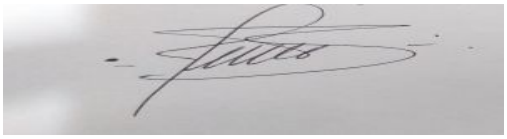
Destinatario: Empleado **Permanente:** No **Fecha inicial:**
Fecha final: **Duración:**
Recomendación:
HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS:
- SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009



Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584



Aspirante o trabajador
JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO
Identificación: CC: 12561910

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

90

SEGURO SOCIAL

LA SUSCRITA JEFE DEL DEPARTAMENTO SECCIONAL DE RECURSOS HUMANOS DEL SEGURO SOCIAL SECCIONAL ATLANTICO

CERTIFICA

Que el Señor ***JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO,*** *identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.561.910, ingresó al Instituto de Seguro Social el 17 de Abril de 1996, en el cargo de Médico General, Grado 36, 8 horas y en virtud del Decreto 1750 del 26 de Junio de 2003, se incorporó automáticamente y sin solución de continuidad a la* ***ESE JOSE PRUDENCIO PADILLA, UNIDAD HOSPITALARIA CAA CUNDI, Seccional Magdalena.***

Con Nombramiento provisional se desempeñó por 1 año a partir del 17 de Abril de 1996 al 16 de Abril de 1997 como Médico General, Grado 36, 8 horas, CAA Cundi, Seccional Magdalena.

Firmo Contrato Individual de Trabajo con plazo presuntivo como Médico General, Grado 36, 8 horas, CAA Cundi Santa Marta a partir del 18 de Abril de 1997.

No registra otorgamiento de Licencia no remunerada ni Sanción Disciplinaria en su hoja de vida

En el evento que la presente constancia tenga enmendaduras carece de validez.

Se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Mayo de 2009 a solicitud del interesado.

JANE DE LA CRUZ FONTALVO

JDLCF/Nuv
05/05/09

Powered by CamScanner

COOPERATIVA DE TRABAJO MÉDICO ASOCIADO COOMEDISALUD CTA
NIT: 804 012 155-1

Vigilado Supersalud

COOMEDISALUD

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO MEDICO ASOCIADO

COMEDISALUD CTA

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 12561910 fue trabajador (a) asociado (a) de **COOMEDISALUD CTA** desde el 19 de agosto de 2009 hasta el día 12 de julio de 2011, quien aportó su trabajo asociado como MEDICO GENERAL en el proceso UCI NEONATAL SM ofertado a la entidad contratante F.C.V. INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA.

Este certificado se expide a solicitud del interesado el día martes, 20 de septiembre de 2011.

ANA BEATRIZ VASQUEZ CASTRO

Este certificado fue generado a través de medio magnético; para la verificación del contenido por favor comunicarse con la persona responsable de nómina al teléfono 7 6819186 – Celular 317 4309274

Powered by CamScanner

22

Salud Solidaria

NIT 830 105 903-9

COOPERATIVA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

SALUD SOLIDARIA

CERTIFICA QUE

Que el Doctor **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO** identificado con cédula de ciudadanía 12.561.910, prestó sus servicios como Medico General en el Centro de Atención Ambulatoria Cundí de la Ciudad de Santa Marta, asociado a la cooperativa, desde Agosto 1 de 2006 a Mayo 5 de 2007. Periodo durante el cual cumplió responsablemente con todas las actividades asignadas siendo una persona honesta y seria.

La presente se expide en Santa Marta a los nueve (09) días del mes de Mayo de dos mil siete (2007).

GUSTAVO ADOLFO PEREZ MONTERO
Encargado oficina Salud Solidaria

Sede Nacional: Transversal 17 No. 120-74 oficina 202 telefax 6195855
Bogotá - Colombia
Sede Santa Marta Cl 18 No 12-16 Barrio cundi-Oficina 301 Tel: 4231420
E-mail: saludsolidaria@anestecoop.com

Powered by CamScanner

PUNTO EMPLEO S.A.
PERSONAL CON CALIDAD TOTAL A SU SERVICIO
NIT: 801.002.775-4

ADMINISTRAMOS SU PERSONAL EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA:

Que el(a) señor(a) **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO** identificado (a) con la cédula de ciudadanía 12.561.910 labora como empleado(a) en misión para la empresa **UNION TEMPORAL SOPORTE CRITICO** desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL,** desde el 01 de junio de 2008 a la fecha, con una asignación básica mensual de un millón setecientos mil pesos m/cte ($1.700.000) y otros ingresos promedio de $283.000. Su contrato de trabajo es por obra o labor contratada.

Dada en Barranquilla, Atlántico a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de 2009.

SANDRA VICTORIA OSORIO ECHEVERRY
Representante Legal

ARMENIA OF. PRINCIPAL
Tels. 746 5624 - 745 3095
Calle 15 No. 13-55 Piso 2

PEREIRA
Tels: 334 5143 - 335 2457
Calle 18 No. 8-35 Of. 301

BOGOTÁ D.C.
Tel. 691 4787 - 691 2905
Cra. 15 No. 95-64 Of. 205A

MEDELLÍN
Tels. 5113037 - 5124548
Calle 52 No 43-70
Ed. Playa Horizontal Of. 202

CALI
Tels: 888 2424 - 881 6213
Cra. 4 No. 11-33 Of. 902

BUCARAMANGA
Tel. 657 6851
Cra. 34 No.48-06 Of.303

MANIZALES
Tels. 886 3083 - 886 2718
Ed. El Castillo Of. 705

BARRANQUILLA
Tel. 3691929
Ed. World Trade Center Of. 312

PASTO
Tel. 729 2635
Calle 18 No. 24-29 Of. 203

VILLAVICENCIO
Tel. 671 1071
Cra. 39 No. 35-09 Barrio

Powered by CamScanner

25

fcv
fundación cardiovascular de colombia

LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA - FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

CERTIFICA:

Que el Doctor **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO,** identificado con la cédula de ciudadanía Número 12561910 expedida en Santa Marta, labora en Nuestra Institución desde el día 13 de Julio de 2011, con contrato de trabajo a termino fijo inferior a un año.

El Doctor **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO,** se desempeña en el cargo de MEDICO GENERAL de la Fundación Cardiovascular de Colombia. Devenga una asignación salarial mensual de DOS MILLONES SEISICIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($2.680.590.00)

La presente certificación se expide con destino al HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS, a los 04 días del mes de Julio de 2014.

Atentamente,

Janeth Coombs Neira
Subgerente Administrativa y Financiera
FCV Instituto del Corazón Santa Marta
Email: janethcoombs@fcv.org

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 12561910 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 03/12/2023 01:54 AM

Código Verificación: **JK4P7U3XZ6**

Válida hasta: **02/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

cajamag
Caja de Compensación Familiar del Magdalena
"Somos parte de tu familia"

NOMBRES
Juan Fernando

APELLIDOS
Velez Berrio

DOCUMENTO DE IDENTIDAD										
				No.	1	2	5	6	1	9	1	0

FECHA DE NACIMIENTO	aaaa				mm		dd	
	1	9	6	4.	0	8	0	1

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO				
VARICELA				
NEUMOCOCO				
INFLUENZA	12-07-20	V50 22006		

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
ZOSTAVAX HERPES ZOSTER				
HEPATITIS A				
OTRAS				

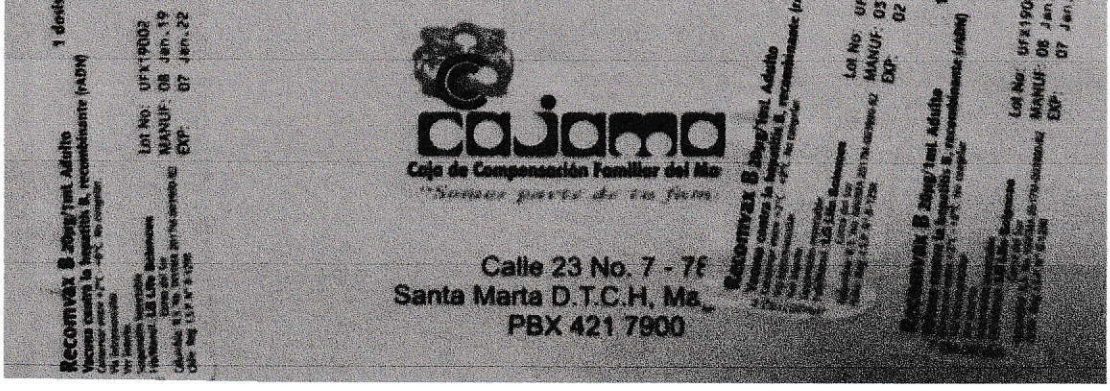
OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO TD					
HEPATITIS B	1	10-12-19	Recombivax UFX19002		
	2	23-01-20	UFX19002		
	3	21-07-20	UFX19002		

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA				
FIEBRE TOFOIDEA				
DPT ACELULAR				

ESTE CARNÉ ES VALIDO EN TODO EL TERR[illegible]NACIONAL
SERA EXIGIDO PARA ENTRAR EN ZON[illegible]



Powered by CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-06-05 17:31

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	FERNANDO	VELEZ	BERRIO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	12561910

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	GIRARDOT

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$56.180.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$3.300.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$33.751.000,00
TOTAL	$93.231.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$3.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VIVIENDA	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$79.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JULIA	EDIT	ROMERO	JIMENEZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 36559196

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO identificado(a) con CC 12561910 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/08/2008
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL
Categoría:	B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de diciembre del año 2023.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12561910,** se encuentra afiliado/a desde **12/06/1997** 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 03 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SANTA MARTA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: JUAN FERNANDO VELEZ BERRIO														Sexo			
														M	X	F	

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		TI		R.C		PP	12561910	SANTA MARTA	01/03/01983

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X							X	4	X			X	

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
[illegible]	GIRARDOT	CARRERA 24 No 20-36 VILLA JARDIN III	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
fernando080109@hotmail.com	3016350350	4224908

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				8	6	2	1

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
ATENCION MEDICA EN SALUD	ATENCION COMO MEDICO GENERAL HOSPITALARIA

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	MEDICO GENERAL DE UCI NEONATAL

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 No 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 10.500.000			Total Egresos mensuales: 8.000.000				
Otros Ingresos Mensuales: 0			Otros Egresos Mensuales: 8.000.000				
Total Activos: 120.000.000			Total Pasivos: 10.000.000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes:	Año:	Es declarante?	SI	x	NO	

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
NO
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: MI TRABAJO COMO MEDICO GENERAL

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me



5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento