HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GRC12F VERSION: 09 FECHA DE ULTIMA REVISION: 17/08/2021 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Fruto Rafael Ruiz E Identificado con Cédula No. 1082880973 y Profesión Ginecólogo Obstetra **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	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sjii.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (**Pantallazo**)	✓	
6	Propuesta de Servicios (**Mes Actual**)		
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario (**Año 2023**)	✓	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (**Actualizada Mes Actual**)	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (**fecha vigente – Mes Actual**).	✓	
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	✓	
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).		
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
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*.		
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*)		
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*.		
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***).		
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
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**)		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
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)**		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.082.880.973**
RUIZ ECHEVERRIA

APELLIDOS
FRANCO RAFAEL

NOMBRES
Franco Ruiz

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

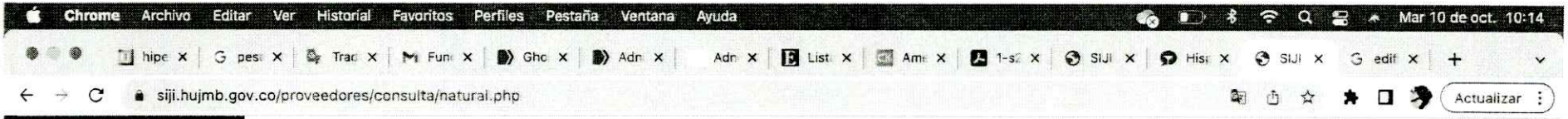
FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1988**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

31-JUL-2006 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2100100-01238337-M-1082880973-20210613 **00746**10855A 1 9915909674



SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 1082880973

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082880973	RUIZ	ECHEVERRÃ A	FRANCO	RAFAEL	2023-10-10, 10:08 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: 1 FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA de 1

El(la) suscrito(a) Franco Rafael Ruiz Talaverna identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082880973 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 11 del mes de DICIEMBRE de 2023.

Firma 
Nombre Franco Rafael Ruiz Talaverna
Cédula 1082880973

Safari Archivo Edición Visualización Historial Marcadores Ventana Ayuda Mar 10 de oct. 11:41

secop.gov.co

Páginas - Certificado Afiliacion Cotizante Certificado Afiliacion Cotizante

Inicio

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 11:41:00
FRANCO RAFAEL RUI...

Configuraciones del usuario
FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA
CAT 0368428

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

10 Oct. 2023(UTC -5) 11:41:00

Salir

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

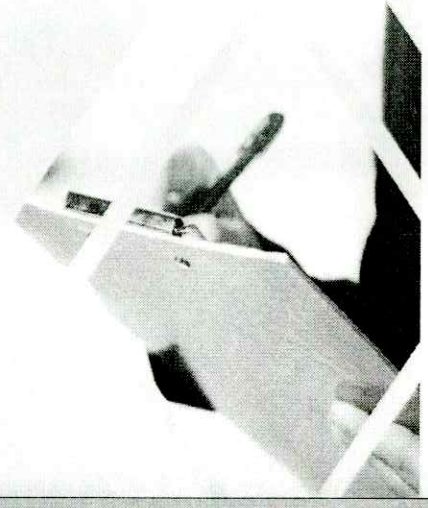
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevas ofertas

Sugerencias SECOP

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

La Agencia Nacional de Contratación Pública -Colombia Compra Eficiente-

Informa la expedición de la Circular Externa No. 005 de Obligatoriedad del SECOP II para la vigencia 2023.



Mensajes

Todos

Sin mensajes...

Más información

Oportunidades de negocio

Recibidas

Sin oportunidades

Más información

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14958173927

(415)7707212489984(8020) 000001495817392 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 8 8 0 9 7 3	2 0 0 6 0 7 3 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
RUIZ	ECHEVERRIA	FRANCO	RAFAEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 87 C 22 39 TO 4 AP 203

42. Correo electrónico frruize@unal.edu.co

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 0 1 2 2 7						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	1	6	4	9	5	2																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 10 - 20 / 14 : 49: 27

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

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

984. Nombre RUIZ ECHEVERRIA FRANCO RAFAEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ruiz	Echeverria	Franco Rafael

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1082880973	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 1082880973 D.M. 12

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 15 MES 01 AÑO 1988	CARRERA 87C 22 39			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3212011166	EMAIL	frruize@unal.edu.co

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	12	AÑO	2004
										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).

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PALERMO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5727777	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2016	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO HOSPITALARIA GINECOLOGI	*DEPENDENCIA* HOSPITAL EL TUNAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 20N 42R 47					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA COLSUBSIDIO ROMA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7447525	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	06	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* HOSPITAL EL TUNAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 20N 42R 47					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA PAMPLONA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* PAMPLONA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5681070	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	03	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* HOSPITAL EL TUNAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 20N 42R 47					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE CACOTA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* CÁCOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5290010	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2011	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGAT	*DEPENDENCIA* HOSPITAL EL TUNAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 20N 42R 47					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

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	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	7

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, 12 de Diciembre de 2025

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

UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

Creación Decreto 84 de 23 de enero de 1980, reconocimiento institucional Resolución 12975 de 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional, personería jurídica Ley 805 de 11 de abril de 2003

ACTA DE POSGRADO 2006 UMNG
Instituto Nacional de Cancerologia E.S.E

En Bogotá, D.C., **a los treinta (30) días del mes de agosto de 2023**, se reunieron en la Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad: Señor **Mayor General (R) JAVIER ALBERTO AYALA AMAYA, PhD,** Rector; **Ingeniera CAROL EUGENIA AREVALO DAZA,** Vicerrectora Académica; **Coronel Médico (RA) JUAN CARLOS LUQUE SUAREZ,** Decano Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Por parte del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E: **Doctora CAROLINA WIESNER CEBALLOS**, Directora General y la **Doctora MAGDA LORENA JIMENEZ CASTAÑO,** Coordinadora Grupo Área Docencia, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) Residente que adelanto sus estudios de Educación Avanzada y otorgar al mismo el título de **ESPECIALISTA**.

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 10, 24, 25 y 28 de la Ley 30 de 1992, artículo 2°. y literal g) del artículo 3° del Decreto 2725 de 1980; artículo 2° de la Ley 805 de 2003; Resolución 12975 de 1982 y Decreto 2376 de 2010 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdo 02 de 2017 de la Universidad Militar Nueva Granada.

OTORGAMIENTO DE TÍTULOS

La Rectoría de la **Universidad Militar Nueva Granada** teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, la División de Admisiones, Registro y Control Académico por intermedio de su Jefe y el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E por intermedio de su Directora General, han informado que el(la) Profesional **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° **1082880973** de **SANTA MARTA,** ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA,** quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro **2006**.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7° del Decreto N° 2725 del 10 de octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.

Magda Lorena Jiménez C.
Doctora MAGDA LORENA JIMENEZ CASTAÑO
Coordinadora Grupo Área Docencia
Instituto Nacional de Cancerología E.S.E

Siguen firmas al respaldo.....

Powered by CamScanner

Doctora CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Directora General Instituto Nacional de Cancerología E.S.E

Coronel Médico (RA) JUAN CARLOS LUQUE SUAREZ
Decano Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Ingeniera CAROL EUGENIA AREVALO DAZA
Vicerrectora Académica

Mayor General (R) JAVIER ALBERTO AYALA AMAYA PhD
Rector

ACTA DE POSGRADO 2006

Ingeniero DANIEL ARLEY ALARCÓN SÁENZ, MSc.
Jefe División de Admisiones, Registro y Control Académico

0103247

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 2622

El Consejo de Facultad en su sesión del día 15 de febrero de 2018 - Acta No. 4

CONSIDERANDO QUE

Franco Rafael Ruiz Echeverría

C.C. 1.082.880.973 de Santa Marta

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

Especialista en Obstetricia y Ginecología

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 51758 *consignado en el Registro No.* 2652, *Folio* 77 *del Libro No.* 4

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., *a los* 15 *días del mes de febrero de* 2018

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

LA SECRETARIA DE SEDE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

C E R T I F I C A:

Que la firma que se encuentra en éste documento corresponde a la firma del Profesor **EDGAR CORTÉS REYES,** quien a la fecha de expedición de este documento ejerce las funciones de Secretario de Facultad, de la Facultad de Medicina.

Bogotá, 10 de abril de 2018

GLADYS AMINTA MENDOZA BARÓN
Secretaria de Sede

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

ACTA DE GRADO N° 0343

En Santa Marta, siendo las 11:30 A.M. del día 15 del mes de diciembre de 2010, se realizó la graduación en ceremonia colectiva, presidida por el **CONSEJO ACADEMICO** de la Universidad del Magdalena, otorgando al estudiante:

FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRÍA
C.C. No. 1.082.880.973 de Santa Marta

El título de **MÉDICO,** por haber cumplido todos los requisitos exigidos por la **UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** para tal efecto.

Se tomó juramento de rigor a **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRÍA,** y se hizo entrega del diploma que lo acredita como **MÉDICO**

RUTHBER ESCORCIA CABALLERO
Rector

ALEJANDRA MARU MOLINARES
Secretaria General

Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

En consideración a que:

Franco Rafael Ruiz Echeverria

C.C. 1.082.880.973 expedida en Santa Marta

Ha cumplido en

Instituto Nacional de Cancerologia

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de

Especialista en Ginecología Oncológica

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.
a los 30 días del mes de Agosto de 2023.

Rector

Vicerrector Académico

Decano de la Facultad

Acta de Postgrado PG - 2006 - UMNG
Registro PG - 2006

Director

Jefe División Registro y Control Académico

Registro Oficial
Anotado al folio 54 Libro 1
Día 31 Mes AGOSTO Año 2023
Bogotá, D.C. República de Colombia

0003234

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

En consideración a que:

Franco Rafael Ruiz Echeverria

C.C. 1.082.880.973 expedida en Santa Marta

Ha cumplido en

Instituto Nacional de Cancerologia

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de

Especialista en Ginecología Oncológica

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.

a los 30 días del mes de Agosto de 2023.

Rector

Vicerrector Académico

Decano de la Facultad

Acta de Postgrado PG - 2006 - UMNG
Registro PG - 2006

Director

Jefe División Registro y Control Académico

Registro Oficial
Anotado al folio 54 Libro I
Día 31 Mes AGOSTO Año 2023
Bogotá, D.C. República de Colombia

0003234

Powered by CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Nacional de Colombia

Teniendo en cuenta que

Franco Rafael Ruiz Echeverría

C.C. 1.082.880.973 de Santa Marta

cumplió satisfactoriamente todos los requisitos académicos reglamentarios del Plan de Estudios de Posgrado, le confiere el Título de

Especialista en Obstetricia y Ginecología

En la ciudad de Bogotá D.C., a los 10 días del mes de abril de 2018

Decanatura de Facultad | Rectoría | Secretaría General

Registro n.° 2652, Folio 77 del Libro de Diplomas n.° 4
de la Sede Bogotá, Facultad de Medicina

Scanned with CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social

El Instituto Nacional de Cancerología

En convenio con la Universidad Militar Nueva Granada

Certifica

Que el Doctor **Franco Rafael Ruíz Echeverría**
Identificado con C.C. No. 1.082.880.973

Ha completado sus estudios de Especialización en

Ginecología Oncológica

Directora General

Subdirectora General de Atención Médica y Docencia

Magda Lorena Jiménez C.
Coordinadora Grupo Área de Docencia

Coordinador(a) del Programa

Se expide en Bogotá, D.C. a los 8 días del mes de septiembre de 2023

Powered by CamScanner

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108288097300157229

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) **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA**, identificado(a) con C.C. No. 1082880973 y T.P. o R.M. No. 1082880973 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 11 diciembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

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

Gobernación de Norte de Santander	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
Código: F-DE-DI01	RESOLUCION 000389	Versión: 01

(8 FEB. 2012)

Por la cual se autoriza el ejercicio de una Profesión

El Director del Instituto Departamental de Salud Norte de Santander en uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas en los Decretos Números 1875 de 2004, 1352 de 2000 y 4671 de 2008, y

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

Que **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA**, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 1.082.880.973 expedida en Santa Marta, Magdalena, ha solicitado la Autorización del Ejercicio Profesional como **MEDICO**, Título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** de la Santa Marta, el día 15 de Diciembre de 2010, según Acta de Grado Nº 0343.

Que dicho Título se encuentra Registrado en el Folio 186 Libro 29, sin número de Diploma de la respectiva Universidad.

Que cumplió con su año Social Obligatorio en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, Norte de Santander, en el Centro de Salud Cácota desde el 30 de Diciembre de 2010 hasta el 1 de Enero de 2012.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA,** identificado con la cédula de ciudadanía Nº 1.082.880.973 expedida en Santa Marta, Magdalena, para ejercer la profesión de **MEDICO** en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la Profesión o la Especialización en zona geográfica diferente a donde se registro el titulo, el profesional deberá inscribirse en La Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y Vigilancia que le corresponde. A la presente diligencia se adhieren y anulan estampillas a favor del Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta por valor de $4.700 y comprobante de La Secretaria de Hacienda Nº 32918 por $17.500

***PARÁGRAFO**: En la identificación de su registro, el profesional deberá anteponer el numero 54,* Código que identifica el Departamento y a continuación el número de la presente resolución, separado por un guión.

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Expedida en Cúcuta a 8 FEB. 2012

JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA
DIRECTOR

Elaboro: A/Hdez
Revisó: Rosa Ortiz.

Scanned with CamScanner

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRÍA
CC 1082880973



MÉDICO
Universidad Del Magdalena
Santa Marta

GRADO: 15/12/2010
ReTHUS: 08/02/2012
ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicado en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia). parsel@colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.
54 389/2012

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

RUIZ ECHEVERRIA FRANCO RAFAEL

C.C. o C.E.
CC 1082880973

De
SANTA MARTA

Institución de Educación
U. DEL MAGDALENA

Ciudad
SANTA MARTA

Código 72284/47

Fecha de Expedición 23/04/2012

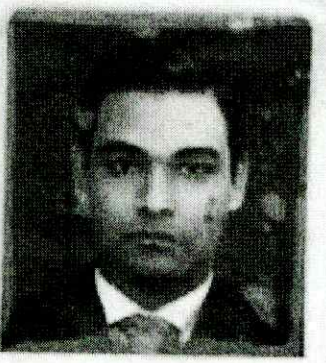
REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NUMERO 1082880973

APELLIDOS Y NOMBRES
RUIZ ECHEVERRIA
FRANCO RAFAEL

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LINEA	2ª LINEA	3ª LINEA
31 - DIC	31 - DIC	31 - DIC
2018	2028	2038



PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP: 14 SEP 2010

CDTE. DE DISTRITO

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú | COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA | Salud | Iniciar Sesión | Registrarse

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 * 1082880973

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *

1166

Cambiar

3935

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-01-05→9:57:47 AM

CC	1082880973	FRANCO	RAFAEL	RUIZ	ECHEVERRIA	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) FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA identificado(a) con CC 1082880973 registra La siguiente información:

2024-01-05→9:57:47 AM

Información Académica

UNV	**Local**	**MEDICINA**	**2012-02-08**	**389**	**COLEGIO MEDICO COLOMBIANO**
ESP	**Local**	**ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**	**2018-04-10**	**116847**	**COLEGIO MEDICO COLOMBIANO**
ESP	**Local**	**ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA ONCOLOGICA**	**2023-08-30**	**138388**	**COLEGIO MEDICO COLOMBIANO**

Datos SSO

Presto SSO	**Local**	**COLOMBIA|NORTE DE SANTANDER|CÁCOTA**	**2010-12-30**	**2012-01-01**	**Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada**	**Medicina**	**COLEGIO MEDICO COLOMBIANO**

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101056801	1

TOMADOR **COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA** NIT **890.905.574-1**

DIRECCION **CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15** CIUDAD **MEDELLIN, ANTIOQUIA** TELEFONO **4197284**

ASEGURADO **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA** CC **1.082.880.973**

DIRECCION **CR 87 C NRO. 22 - 39 interior 4 apto 203** CIUDAD **BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELEFONO **3212011166**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
16 / 05 / 2023	30 / 06 / 2023	30 / 06 / 2024	30 / 06 / 2023	30 / 06 / 2024

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SANIN ALIANZA LTDA	133456	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: GINECOBSTETRICIA

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

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2,000,000.00 $ en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	$ *********1,417,917.00
PLAN DE PAGO: MENSUAL 12 M		IVA:	$ **********269,404.00
		TOTAL A PAGAR:	$ *********1,687,321.00

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

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

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

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1101261804037 1(3900)000001687321(96)20230814

REFERENCIA PAGO:

1101261804037-1

65-03-101056801

FIRMA AUTORIZADA

JOHNRAVE

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101056801	1

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA			CC	1.082.880.973
DIRECCION	CR 87 C NRO. 22 - 39 interior 4 apto 203	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3212011166
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

BASE DE COBERTURA:
OCURRENCIA - PARA SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).
CLAIMS MADE - PARA SINIESTROS OCURRIDOS CON 2 DE AÑOS DE RETROACTIVIDAD (INDICAR FECHA) Y HASTA LAS 23 HORAS Y 59 MINUTOS DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA CON SEGUROS DEL ESTADO SA. Y RECLAMADOS POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO Y AL ASEGURADOR DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA. (SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA TENIDO POLIZA DURANTE EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD. Y QUE NO EXISTA PERIODO DE INTERRUPCION CON SEGUROS DEL ESTADO). EL VALOR ASEGURADO EN ESTA COBERTURA ES DEL 50% DEL VALOR CONTRATADO EN OCURRENCIA.

CONDICIONADO GENERAL:FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.

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

LIMITE ASEGURADO:POLIZA DUAL - $ 1000.000.000
SUBLIMITE OCURRENCIA: $ 1000.000.000
SUBLIMITE CLAIMS MADE: $ 500.000.000
LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA:
ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA DE ACUERDO CON REGISTRO EN RETHUS
SE EXCLUYEN RECLAMACIONES RELACIONADAS CON LA PRESTACION DE SERVICIOS/INTERVENCIONES DE TIPO COSMETICO.

COBERTURAS:
1.AMPARO BASICO:

1.1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

ADICIONAL A LO ANTERIOR, LA COBERTURA OTORGADA POR LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A SINIESTROS OCURRIDOS A PARTIR DE LAS 24 HORAS DEL XXXXX Y HASTA LAS 23 HORAS Y 59 MINUTOS DEL XXXXX Y CUYOS EFECTOS SEAN RECLAMADOS POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO O AL ASEGURADOR DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA DE SEGUROS DEL ESTADO, BAJO EL SUBLIMITE CONTRATADO PARA LA MODALIDAD CLAIMS MADE. (SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA TENIDO POLIZA DURANTE EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD. Y QUE NO EXISTA PERIODO DE INTERRUPCION CON SEGUROS DEL ESTADO). EN TODO CASO, LA FECHA DE OCURRENCIA DEL EVENTO POR EL CUAL RECLAMAN, NO PODRA SER SUPERIOR A 10 AÑOS CONTADOS AL MOMENTO DE LA RECLAMACION AL ASEGURADO O ASEGURADOR.

SE PRECISA QUE SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL QUE SURJA A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS (VER SECCION III DEFINICIONES GENERALES), COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

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

PARAGAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

1.2GASTOS DE DEFENSA: SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:

1.2.1 LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

1.2.2 SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101056801	1

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA			CC	1.082.880.973
DIRECCION	CR 87 C NRO. 22 - 39 interior 4 apto 203	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3212011166
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2.3 EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

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

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

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

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

2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (ESTE SUBLIMITE OPERA EXCLUSIVAMENTE EN MODALIDAD OCURRENCIA PURA, BAJO EL SUBLIMITE DE OCURRENCIA DE ESTA POLIZA).
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

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

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

3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE ASEGURADO NO INFERIOR A $100.000.000

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

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURASUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.
AMPARO BASICO POLIZA DUAL - SUBLIMITE OCURRENCIA: 100% SUBLIMITE CLAIMS MADE: 50%
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUALHASTA 100% DEL PLO (ESTE SUBLIMITE OPERA EXCLUSIVAMENTE EN MODALIDAD OCURRENCIA PURA, BAJO EL SUBLIMITE DE OCURRENCIA DE ESTA POLIZA)
GASTOS DE DEFENSAPOR EVENTO: 15.000.000 POR VIGENCIA: 100.000.000

DEDUCIBLES:GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
DEMAS AMPAROS: 10% DE LA PERDIDA - MINIMO $2.000.000

EXCLUSIONES:

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101056801	1

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA			CC	1.082.880.973
DIRECCION	CR 87 C NRO. 22 - 39 interior 4 apto 203	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3212011166
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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

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

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

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

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

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

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101056801	1

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA			CC	1.082.880.973
DIRECCION	CR 87 C NRO. 22 - 39 interior 4 apto 203	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3212011166
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

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

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

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

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

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

26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.

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

28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.

30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.

31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHOS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.

33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA

36.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.

II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101056801	1

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA			CC	1.082.880.973
DIRECCION	CR 87 C NRO. 22 - 39 interior 4 apto 203	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3212011166
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA.

II-RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.

III-LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.

42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

47.EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.

48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

51.RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.

52.CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

53.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.

54.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

55.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

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

56.CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
57.PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:
A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101056801	1

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA			CC	1.082.880.973
DIRECCION	CR 87 C NRO. 22 - 39 interior 4 apto 203	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3212011166
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y
C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
58.EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
59.SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
60.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
61.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
62.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
63.NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.
64.SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.
65.EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:
1.EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:
a.UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
b.LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
2.EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO DE SEGUIR UN PLAN DE GESTION DE CRISIS QUE ABORDE LOS PASOS MENCIONADOS EN (I) ARRIBA; O
3.EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
a.FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
b.DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
c.FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.
PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL:COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE:COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES:

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.
NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.
NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO.
LA PRESENTE POLIZA SE EXPIDE COMO GLOBAL PARA LA ACTIVIDAD DEL CLIENTE, BAJO VIGENCIAS ANUALIZADAS, PODRA SER RENOVADA O REVOCADA, PERO NO SE PODRAN REALIZAR MOVIMIENTOS DE PRORROGA.
PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACION PARA EVENTOS OCURRIDOS DENTRO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD CONTRATADO: 12 O 24 MESES IGUALDAD DE TERMINOS Y CONDICIONES CON PAGO DEL 100% PARA 12 MESES, Y DE 150% PARA 24 MESES, DE LA ULTIMA PRIMA PAGADA. LA PRESENTE CLAUSULA OTORGA A LA ENTIDAD TOMADORA DE LA POLIZA, EN CASO DE REVOCACION O NO RENOVACION POR PARTE DE LA ASEGURADORA Y SIEMPRE QUE LA POLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERIODO 12 O 24 MESES (DE ACUERDO A LO CONTRATADO POR EL CLIENTE), LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS CONTRA EL ASEGURADO QUE ESTE NO CONOZCA, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN EVENTOS ADVERSOS CUYA RESPONSABILIDAD SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO.
A FIN DE OBTENER EL ENDOSO PARA LA EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS EL ASEGURADO DEBERA HACER LO SIGUIENTE:
-SOMETER POR ESCRITO SU SOLICITUD AL ASEGURADOR
-ENVIAR DICHA SOLICITUD DENTRO DE LOS 30 DIAS ANTERIORES A LA FINALIZACION DE LA PRESENTE COBERTURA
-DETERMINAR EL TERMINO DE TIEMPO DESEADO PARA LA EXTENSION, YA SEA POR UN PERIODO DE 1 O 2 AÑOS.
-ABONAR AL CONTADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL ENDOSO.
EL ASEGURADOR MANTENDRA VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA LA ULTIMA VIGENCIA DE LA POLIZA, O SE AGOTE EL PERIODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

cy3qwCRlLi

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA

1082880973

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL V2

Con una intensidad horaria de : 40 horas

Para constancia se expide:
abril 23, 2023
Vigencia de 3 años

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

CED

CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATTE

MATRICULA: 03036909

EDUCATTE

CERTIFICA

QUE FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVARRIA

CC1.082.880.973

CURSO Y PARTICIPO (60 HORAS) SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS ESTABLECIDOS PARA EL

CURSO DE ENTRENAMIENO ACTUALIZADO EN SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Taller práctico realizado el 03 De Diciembre 2023; curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 4904 de 16 de enero de 2009 en su Art. 5, 8 y la resolución 3100 de 2019 acreditando 60 horas de educación informal con validez de 2 años

Centro de Estudios Educatte CED Dirección Matrícula No. 03036909

CRISTEL VILLALOBOS
DIRECTORA

Educatte Centro de Estudios Dirección Matrícula No. 03036909

ANGELA VILLALOBOS
ENFERMERA PROFESIONAL RUN: 39900

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

Powered by CamScanner

CED

CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATTE

MATRICULA: 03036909

EDUCATTE

CERTIFICA

QUE FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVARRIA

CC1.082.880.973

CURSO Y PARTICIPO (60 HORAS) SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS ESTABLECIDOS PARA EL

CURSO DE ENTRENAMIENO ACTUALIZADO EN SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Taller práctico realizado el 04 De Diciembre 2023; curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 4904 de 16 de enero de 2009 en su Art. 5, 8 y la resolución 3100 de 2019 acreditando 60 horas de educación informal con validez de 2 años

Centro de Estudios Educatte CED Matrícula No. 03036909

CRISTIAN LOBOS
DIRECTORA

Centro de Estudios Educatte CED Matrícula No. 03036909

ANGELA VILLALOBOS
ENFERMERA PROFESIONAL RUN: 39900

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

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ftJIskAHhP

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA

1082880973

Recibió actualización en **MANEJO INTEGRAL DEL DUELO** con una intensidad de 24 horas

Para constancia se firma

noviembre 5, 2021

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

uVdtxtUBkH

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA

1082880973

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

DETECCIÓN Y CUIDADO DEL DONANTE DE ORGANOS

Para constancia se expide

febrero 22, 2023

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

sZJwvAPuqG

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA

1082880973

Recibió actualización en **ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON SUSTANCIAS QUIMICAS** con una intensidad de 24 horas

Para constancia se firma

5 de noviembre de 2021

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

SANTA ELENA SAS

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **19/07/2021 08:07:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA**

Cargo **MEDICO (A)** Doc. Identidad **CC 1082880973**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO (X)	EPS	SI ( )	NO (X)

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR
CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: FRANCO RAFAEL RUIZ
CC 1082880973
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Gobernación de Norte de Santander	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
Código: F-DE-DI01	RESOLUCION 000589	Versión: 01

(8 FEB. 2012)

Por la cual se autoriza el ejercicio de una Profesión

El Director del Instituto Departamental de Salud Norte de Santander en uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas en los Decretos Números 1875 de 2004, 1352 de 2000 y 4671 de 2008, y

CONSIDERANDO:

Que **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA**, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 1.082.880.973 expedida en Santa Marta, Magdalena, ha solicitado la Autorización del Ejercicio Profesional como **MEDICO**, Título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** de la Santa Marta, el día 15 de Diciembre de 2010, según Acta de Grado Nº 0343.

Que dicho Título se encuentra Registrado en el Folio 186 Libro 29, sin número de Diploma de la respectiva Universidad.

Que cumplió con su año Social Obligatorio en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, Norte de Santander, en el Centro de Salud Cácota desde el 30 de Diciembre de 2010 hasta el 1 de Enero de 2012.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA,** identificado con la cédula de ciudadanía Nº 1.082.880.973 expedida en Santa Marta, Magdalena, para ejercer la profesión de **MEDICO** en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la Profesión o la Especialización en zona geográfica diferente a donde se registro el título, el profesional deberá inscribirse en La Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y Vigilancia que le corresponde. A la presente diligencia se adhieren y anulan estampillas a favor del Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta por valor de $4.700 y comprobante de La Secretaria de Hacienda Nº 32918 por $17.500

***PARÁGRAFO**: En la identificación de su registro, el profesional deberá anteponer el numero 54,* Código que identifica el Departamento y a continuación el número de la presente resolución, separado por un guión.

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Expedida en Cúcuta a 8 FEB. 2012

JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA
DIRECTOR

Elaboró: A/Hdez
Revisó: Rosa Ortiz.

Scanned with CamScanner

ORGANIZACION SINDICAL DE PROFESIONES Y OCUPACIONES DE LA SALUD
DEL NORORIENTE COLOMBIANO
"SINDPROSALUD"

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO
DE LA ORGANIZACIÓN SINDICAL DE PROFESIONES Y OCUPACIONES DE LA SALUD DEL NORORIENTE COLOMBIANO "SINDPROSALUD"

HACE CONSTAR

Que, el señor **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.082.880.973 expedida en Santa Marta participa mediante convenio individual de asociación con **SINDPROSALUD**, del contrato colectivo sindical suscrito con la E.S.E. Hospital San Juan de Dios Pamplona para **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS GENERALES**, desde el 2 de enero de 2013 hasta la fecha desempeñándose como **MEDICO GENERAL** de conformidad con el reglamento del Contrato Colectivo Sindical debidamente depositado en el Ministerio del Trabajo, recibiendo una participación promedio mensual de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000) M/TCE.**

La presente se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Pamplona a los veintiocho (28) días del mes de Agosto de dos mil trece (2013)

.

SINDPROSALUD
Nit 900526561-3 Régimen Común

ARNOLD LUIS BRAVO DE ARCO
CONTADOR PÚBLICO

Calle 5 con Carrera 9 N°5-01 Barrio Ursua TEL: 320-8248737 Y 320-8245153
Sindprosaluddocumentos@gmail.com

Scanned with CamScanner

SOCIEDAD CLÍNICA PAMPLONA LTDA.
Nit: 807.000.260-3
Carrera 6 Nº 11-55 Pamplona N. de S.
P B X: (7)5681070
Fax: (7)5681070 Ext.: 115
e-mail: clinicapamplona@hotmail.com

LA COORDINADORA ADMINSITRATIVA

HACE CONSTAR

Que, el doctor FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA, identificado con cédula de ciudadanía número 1.082.880.973 expedida en la ciudad de Santa Marta, laboró para la Sociedad Clínica Pamplona Ltda., como MEDICO GENERAL, desde el día 26 de Marzo de 2012 al 31 de Mayo de 2014, de quien se desempeñó con honorabilidad y responsabilidad en sus funciones.

Se expide a solicitud del interesado con destino a Hoja de Vida

Pamplona, 3 de Junio de 2014

YANETH ESPERANZA LAGUADO PARADA

Proyectó: Claudia P.

CLINICA
PAMPLONA

Scanned with CamScanner

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL SINDICATO DE MEDICOS GENERALES DE NORTE DE SANTANDER" "MEDINOR"

NIT. 900.480.813-4

CERTIFICA:

Que el señor (a) **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHAVARRIA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.082.880.973 de Santa Marta, prestó sus servicios, mediante contrato SINDICAL a término fijo así:

- Desde el día 01 de Enero del 2012 hasta el día 05 de Julio de 2012, desempeñándose como **MEDICO GENERAL** en la empresa **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA.**

Se expide a solicitud del interesado (a) en San José de Cúcuta, a los Once (11) días del mes de Julio del año 2012.

MARYI NUBIA SARMIENTO MEZA
Presidenta.

Sandra Z.

Dirección calle 16 No 2-17 Barrio la Playa
Teléfono 5834777
www.medinor.com.co

Scanned with CamScanner

Certificación Laboral

Colsubsidio
NIT : 860.007.336-1

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

"COLSUBSIDIO"

HACE CONSTAR:

Que FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA identificado con la cédula de ciudadanía número 1082880973 trabaja al servicio de la Caja, desde el día 9 de Junio del año 2014, con contrato a término fijo hasta el dia 14 de Abril del año 2015, desempeñando el cargo de MEDICO GENERAL en CLINICA ROMA.

Se expide a solicitud del interesado a los 13 dias del mes de Enero del año 2015.

Atentamente,

María Cristina Novoa
Jefe Sección Contratación y Nómina

Para confirmación de la información de este certificado por favor comunicarse a lo teléfono 7447575 opción 2.

Scanned with CamScanner

CLÍNICA PALERMO
AL SERVICIO DE LA VIDA

CP-GH- 0605 -03-18

LA CONGREGACION DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN
CLINICA PALERMO
NIT.860.006.745-6

CERTIFICA

Que el señor **FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA,** identificado con cédula de ciudadanía N° 1082880973 de SANTA MARTA, estuvo vinculado con la institución del 01 de junio de 2016, hasta el 15 de marzo de 2018.

El último cargo desempeñado fue el de **MÉDICO HOSPITALARIO GINECO-OBSTETRICIA,** con una modalidad de contrato a término FIJO.

El último salario básico mensual devengado por el ex trabajador fue de UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENOS (1.232.800) PESOS.

El motivo de la terminación de la relación laboral fue por Renuncia Voluntaria.

La anterior certificación se expide a los dieciséis (16) días de marzo de 2018, de conformidad con lo establecido en la Ley 1636 de 2013 y en el artículo 46 del Decreto 2852 de 2013.

Cordialmente,

NATHALIE CANTOR VANEGAS
Jefe Departamento Talento Humano

Olga Lucia Moreno C.

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 1082880973 **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 11/12/2023 10:35 AM

Código Verificación: **623KJSXQZF**

Válida hasta: **10/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	30-09-09	ZA130B	Luisa E.J.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	25/9/04	EU40802-A	Fulana
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	25-09-09	SES0726543		Firma Ruth
Otras				
Varicela	25-09-09	CA089C		Yuani.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	1/Jun/09	SES0722508	Fulano
	2	2/Julio/001	UV X0 6025	Fulano
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	01-02-06	LV A089-A	10 Años	Ilegible
Contra Influenza	24-07-06	069901		Ilegible
Otras				
TV	07-05-01	0945522		Ilegible
BCG	16/05/96			Ilegible

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	Única	23 mayo/14	1410501	
			20/9/14	Claudia
Otras				

Scanned with CamScanner

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA identificado con CC No. 1082880973 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 1082880973, con vigencia desde 9/1/2020 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	1082880973	FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA	35	162	01/09/2020	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 11 días del mes de Diciembre del 2023

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.880.973**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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, MAGDALENA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

FRANCO RAFAEL RUIZ ECHEVERRÍA

Sexo			
M	X	F	

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082880973	SANTA MARTA	31 DE JULIO DE 2023

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	0			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
15	1	1988	SANTA MARTA	TRANSVERSAL 15 #32-16	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
FRRUIZE@UNAL.EDU.CO	3212011166	5471506

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado					8621			

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

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
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 10.000.000	Total Egresos mensules 6.000.000
Otros Ingresos Mensules 0	Otros Egresos Mensuales 0
Total Activos 50.000.000	Total Pasivos 20.000.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes OCTUBRE	Año 2023	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:

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.





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