Villavicencio, 24 MAY 2024

Doctor
MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ ORTIZ
Gerente
ESE "SOLUCION SALUD"

ASUNTO: PROPUESTA DE SERVICIOS:

Cotizar el siguiente objeto: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN DE ARAMA EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 2026 DEL 2023"**

Con un término de ejecución de: TRES (3) MESES

Por medio de la presente manifiesto que si estoy interesada en ejecutar las siguientes actividades que se deben realizar en desarrollo del objeto a contratar:

ITEM	ACTIVIDAD	SOPORTES REQUERIDOS
1	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio	Cartografía Social abordaje en los microterritorios asignados
2	Activar los mecanismos de referencia Y contrarreferencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad de la atención.	Matriz de referencia diligenciado y notificación a la IPS y otros sectores.
3	Valoración de primer contacto a las personas y familias para atención en salud en el entorno hogar, de acuerdo a la dinámica territorial y priorización generada, identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados.((De acuerdo al microterritorio seleccionado y socialización realizada durante el proceso al EBS), Propendiendo por una atención intercultural, humanizada con enfoque diferencial y realizar adaptación de la atención en salud, para garantizar la efectividad de los EBS	Plan integral del cuidado primario (SISTEMA DE INFORMACION) individual, familiar y comunitario integrado a la valoración individual de acuerdo a la resolución 3280, en (digital) Cargue Drive y cargue efectivo de las atenciones realizadas al software institucional de los individuos capitados.
4	Participar en los espacios de participación social y popular socializando las acciones de los EBS.	Acta de reunión, evidencia fotográfica y registro de asistencia, periodicidad mensual
5	Formular PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) definiendo la priorización del riesgo en salud para la elaboración, toma de decisiones, actividad a realizar en conjunto con los demás miembros del EBS.	Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario CONSOLIDADO

6	Realizar la ejecución y seguimiento en cumplimiento de las acciones y metas establecidas en los PICP, considerando las intervenciones individuales, familiares y comunitarias – colectivas PICP	Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario CONSOLIDADO
7	Realizar articulación para la consecución de jornadas de intervención y promoción de la salud de las familias. (brigada)	informe de jornada, evidencia fotográfica
8	Realizar consolidado de la información generada en el área de influencia, análisis de la caracterización social y ambiental del entorno hogar (familias) del territorio y microterritorio, determinando el perfil epidemiológico de la población asignada, con análisis cualitativo y cuantitativo de las mismas, análisis de los determinantes sociales de la salud del territorio y microterritorio priorizado.	Informe de análisis cuantitativo, cualitativo, registro fotográfico, barreras percibidas, recomendaciones y conclusiones, periodicidad mensual y 1 informe consolidado trimestral
9	Realizar informe individual de la información generada en el área de influencia, análisis de las acciones realizadas, con análisis cualitativo y cuantitativo de las mismas, análisis de los determinantes sociales de la salud del territorio y microterritorio priorizado.	Informe individual, evidencia fotográfica, análisis de resultados periodicidad mensual.
10	Realizar intervenciones colectivas a través de visitas domiciliarias en el entorno hogar que conforman los microterritorios, respecto a las atenciones de promoción de la salud, mantenimiento de la salud, y gestión del riesgo, para el fortalecimiento de las condiciones protectoras para la salud y gestión del riesgo en cada uno de los integrantes de la familia	Informe de ejecución, evidencia fotográfica y registro de asistencia
11	Realizar la programación de las actividades a ejecutar de manera periódica y en los formatos institucionales establecidos para tal fin por la institución.	Cronograma de actividades periodicidad mensual
12	Recibir y entregar los diferentes insumos médicos y de dotación que se le entreguen para el desarrollo de las actividades a desarrollar en los diferentes territorios asignados.	Soporte de recibido y entrega de insumos.
13	De acuerdo a los resultados obtenidos en los procesos de captación, demanda inducida, canalización, caracterización y demás información que se genere por microterritorio conforme con los lineamientos expedidos, generar un boletín informativo.	Boletín Informativo al finalizar el proceso (trimestre).
14	Coordinar y direccionar las acciones de promoción de la afiliación al sistema de seguridad en salud.	Diligenciamiento de la Matriz de afiliación con los respectivos soportes a la ET
15	Identificación nodo primario comunitario (red actores comunitarios (dispositivos comunitarios del PIC y formas de cuidado propio provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de pueblos y comunidades étnicas) o institucionales de carácter intersectorial presentes en el microterritorio / territorio).	Red identificada (ruta elaborada)

16	Acta de concertación de acciones y verificación de cumplimiento emitida por el supervisor o quien haga sus veces.	Acta de reunión, evidencia fotográfica, registro de asistencia.
17	Realizar mínimo 2 seguimientos por familia al cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan de Cuidado Integral Primario	Formato de seguimiento diligenciado y firmado por familia.

El valor para cancelar, por concepto de servicios corresponde a la suma de **TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($30.000.000)**, pagaderos en tres (3) pagos mensuales de **DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE ($10.000.000 M/CTE)**, el cual estará sujeto al cumplimiento de las actividades por mes de ejecución, con previo informe del supervisor del contrato y entrega de cuenta de cobro con sus respectivos soportes y pagos de la seguridad social.

El servicio a cotizar se realizará bajo los criterios de responsabilidad e independencia, para todos los efectos el contratista no constituye una relación o vínculo laboral alguna con la ESE "SOLUCIÓN SALUD".

Atentamente

carlos eduardo urquijo mendoza
C.C. 1.016.100.762
MÉDICO

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD	VERSION 1	Código: FR-RH-89	
	DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA VINCULACION DE PERSONAL PARA EQUIPOS BASICOS EN SALUD (EBS), ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS). MEDICOS, ENFERMEROs, PSICOLOGOS / ÁREA SOCIAL	FECHA VIGENCIA 2023/07/19	DOCUMENTO CONTROLADO	

NOMBRE:_____ CARGO:_____

Nº	DOCUMENTOS		CUMPLE		
			NA	SI	NO
1	Formato Hoja de Vida SIGEP II.			✓	
2	Declaración Juramentada de Bienes Y Rentas.			✓	
3	Fotocopia de la Cedulad de Ciudadania Ampliada 150%.			✓	
4	Foto Reciente.			✓	
5	Antecedentes Disciplinarios y Fiscales Vigentes en Original y Actualizado(Contraloria y Procuraduria).			✓	
6	Antecedentes Judiciales (Policia)			✓	
7	Situación Militar Definida			✓	
8	Registro de la Dian "RUT". Actualizado			✓	
9	Certificación de Cuenta Bancaria.			✓	
10	Certificado Medico de Salud Ocupacional No Mayor a un (1) año.			✓	
11	Certificado medidas correctivas			✓	
12	Afiliación, certificación, planilla o copia de Adres en salud como cotizante nivel contributivo y certificado de afiliacion en pensión.			✓	
13	Carnet de Vacunación: que incluya vacuna fiebre amarilla, Hepatitis B, Covid-19.			✓	
14	Carpeta Cuatro Aletas Desacificada Color Blanco.			✓	
15	Poliza Resposabilidad Civil, Legal, Penal y Extracontractual.(excepto psicologo(a)/área Social)			✓	
16	PREGRADO	FOTOCOPIA DEL DIPLOMA		✓	
17		FOTOCOPIA DEL ACTA DE GRADO		✓	
	Las certificaciones de los cursos deben tener vigencia no mayor a 2 años. **Para el personal en general:**				
18	Registro al RETHUS (Personale del área d e la salud)			✓	
19	Atención Integral en Victimas De Violencia Sexual.			✓	
	Medicos				
20	Certificación en curso de 40 horas en Soporte Vital Avanzado.			✓	
21	Diagnóstico y manejo clínico de dengue(OPS)			✓	
22	Lineamientos tecnicos para la atenicon integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutricion aguda DNT.			✓	
	Enfermera:				
23	Certificación en Programa Ampliado de Inmunizacion PAI.				
24	Toma de Citologia.				
25	Asesoria de VIH.				
26	Soporte Vital Avanzado 40 horas.				
27	lineamientos tecnicos para la atenicon integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutricion aguda DNT.				
28	Constancia de asistencia en las acciones de formacion continua para la gestion del duelo.				
29	Constancia de formacion continua en la atencion a personas victimas de ataques con agentes quimicos.				
29	Diagnóstico y manejo clínico de dengue(OPS)				
30	Retiro e Insercion de Implantes.				

La **E.S.E Departamental Solución Salud** realizará el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, entre otros) de los datos personales de acuerdo con lo establecido por la Ley y los mandatos judiciales o administrativos, para la vinculación, desempeño de funciones o prestación de servicios, retiro o terminación, independientemente del tipo de relación jurídica entablada, así como por lo dispuesto en las autorizaciones cuando corresponda para cumplir en especial las actividades propias de su función (incluye, entre otros, funcionarios, exfuncionarios, judicantes, practicantes, aspirantes a cargos e hijos de los funcionarios). El Contratista debera estar registrado en la plataforma SECOP 2 con anterioridad a su vinculación.

En cumplimiento del **DECRETO 1377 DE 2013**, autorizo a la E.S.E Departamental "Solución Salud" del Meta, para que verifique la autenticidad y la veracidad de los documentos arriba mencionados y otros relacionada con mi profesión que la empresa crea pertinente.

FIRMA QUIEN RECIBE:_____ FECHA:_____

Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, la versión vigente reposara en el aplicativo del SGC

FORMATO ÚNICO

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
Urquijo	Mendoza	Carlos Eduardo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1016100762

SEXO: F ○ M ⊗

NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES 11 AÑO 1997

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 104 16 28 BARRIO LA LAGUNA , RESERVA DE CANTABRIA

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO 6949458 EMAIL CARLOSURQUIJO9722@GMAIL.COM

2 FORMACIÓN ACADEMICA

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 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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2022	1016100762

ESPECIFIQUE 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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3849160	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO AMBULATORIO	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDICINA						*DIRECCIÓN* CALLE 9 39 46 Dirección Sede administrativa					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	10

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO 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 PUBLICA

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 Bogotá D.C 15-04-2024

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

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.016.100.762 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: BOGOTA

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA D.C

Dirección	Teléfonos
CARRERA 104 # 16-28 RESERVA DE CANTABRIA	3053691214

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ROGOBERTO URQUIJO GARCIA	79.850.690	PADRE
CLAUDIA XIMENA MENDOZA VILLALBA	52.326.018	MADRE
JUAN DAVID URQUIJO MENDOZA	1.016.068.591	HERMANO
SARA SOFIA URQUIJO MENDOZA	1.019.992.443	HERMANA

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	5,756,328
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	5,756,328

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	488439352128	BOGOTA	5,756,328

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
NINGUNO	NINGUNO	$ -

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

S.Juan. 15/05/2024
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.016.100.762

URQUIJO MENDOZA

APELLIDOS

CARLOS EDUARDO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1997

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

15-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150 01064805-M-1016100762-20190301 0064704375G 3 9907405891

Powered by CamScanner



PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 247301854

PIB
14:56:39

Bogotá DC, 20 de mayo del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1016100762:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 20 de mayo de 2024, a las 14:54:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1016100762
Código de Verificación	1016100762240520145443

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTACTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:51:05 PM horas del 20/05/2024, el ciudadano identificado con
Cédula de Ciudadanía Nº 1016100762
Apellidos y Nombres: **URQUIJO MENDOZA CARLOS EDUARDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

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

Volver al Inicio

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 Barrio Modena Bogotá D.C.
Horario atención al ciudadano: Lunes a Viernes 8:00 am – 5:00 pm | 8:00 am – 5:00 pm
Línea de atención a ciudadanía: 018000 944 800, 3159311 Bogotá
Teléfono conmutador: (+57) 601 515 9111
Email: contactenos@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/05/2024 11:50:36 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1016100762 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **92595273** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor CARLOS EDUARDO URQUIJO URQUIJO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1016100762, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	CARLOS
Segundo Nombre:	EDUARDO
Primer Apellido:	URQUIJO
Segundo Apellido:	URQUIJO
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1016100762
Razón para el estado:	Inscripción
Estado del ciudadano:	En registro

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 20 días del mes de Mayo de 2024, a las 2:50:31 PM.

Cordialmente,

TC. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ.
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo **CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA**, identificado con la cédula No. 1.016.100.762 de Bogotá D.C obrando en nombre propio me permito manifestar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD - que:

Comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como CONTRATISTA, son de propiedad de la ESE SOLUCIÓN SALUD, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de ESE SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la ESE SOLUCIÓN SALUD, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co , quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Se expide a los 11 días del mes de mayo del año 2024.



CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA
C.C.1.016.100.762 de Bogotá

DECLARACIÓN SARLAF

En cumplimiento del Manual de Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo adoptado por LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCIÓN SALUD.

Yo CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA identificado con cédula de ciudadanía No 1016100762 de Bogotá D.C obrando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento, sujeto a las sanciones establecidas en el Código Penal:

- Que mis recursos (o los recursos de la persona natural o jurídica que represento) provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis/sus actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.
- Que yo (o la persona natural o jurídica que represento) no he/ha efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.
- Que los recursos comprometidos para la ejecución del contrato o negocio jurídico acordado con la ESE SOLUCIÓN SALUD. no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique, adicione o sustituya.
- Que en la ejecución del contrato o el desarrollo de las actividades en que consista el negocio jurídico con la ESE SOLUCIÓN SALUD no contrataré ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique.
- Que la entidad que represento cumple con las normas sobre prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que le resulten aplicables (de ser el caso), teniendo implementados las políticas, procedimientos y mecanismos de prevención y control al LA/FT que se derivan de dichas disposiciones legales
- Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y miembros de la Junta Directiva, se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de las Naciones Unidas) o en las listas de la OFAC, estando la ESE SOLUCIÓN SALUD facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que me encuentro o que alguna de las personas mencionadas figura en dichas listas.
- Que no existe contra mí o contra la entidad que represento ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y sus miembros de la Junta Directiva, investigaciones o procesos penales por delitos dolosos, estando la ESE SOLUCIÓN SALUD facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes en bases de datos o informaciones públicas nacionales o internacionales y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen investigaciones o procesos, o existen informaciones en

dichas bases de datos públicas que puedan colocar a la ESE SOLUCIÓN SALUD frente a un riesgo legal o de reputación.

- Que, en el evento en que tenga conocimiento de alguna de las circunstancias descritas en los dos párrafos anteriores, me comprometo a comunicarlo de inmediato a la ESE SOLUCIÓN SALUD
- Que, con la firma del presente documento, se entiende que tanto yo como la persona natural o jurídica que represento, otorgamos nuestro consentimiento informado, y por lo tanto autorizamos a la ESE SOLUCIÓN SALUD a comunicar a las autoridades nacionales o de cualquiera de los países en los cuales la ESE SOLUCIÓN SALUD realice operaciones, sobre alguna cualquiera de las situaciones en este documento descritas, así como a suministrar a las autoridades competentes de dichos países, toda la información personal, pública, privada o semiprivada que sobre mí o sobre la persona natural o jurídica que represento, ellas requieran. Así mismo, para que la ESE SOLUCIÓN SALUD efectúe los reportes a las autoridades competentes, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y manuales relacionados con su sistema de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, exonerándola de toda responsabilidad por tal hecho.
- Que toda la documentación e información aportada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con la ESE SOLUCIÓN SALUD es veraz y exacta, estando ESE SOLUCIÓN SALUD facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, si verifica, o tiene conocimiento de que ello no es así.
- Que ninguna otra persona natural o jurídica, tiene interés no legítimo en el contrato o negocio jurídico que motiva la suscripción de la presente declaración.
- Qué conozco, declaro y acepto que la ESE SOLUCIÓN SALUD está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales la ESE SOLUCIÓN SALUD pueda tener dudas razonables sobre mis operaciones o las operaciones de la persona natural o jurídica que represento, así como del origen de nuestros activos, evento en el cual suministraremos las aclaraciones que sean del caso. Si estas no son satisfactorias, a juicio de la ESE SOLUCIÓN SALUD, la autorizamos para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica.
- Declaro que la totalidad de pagos que realiza la sociedad que represento en ejecución de la relación comercial vigente con la ESE SOLUCIÓN SALUD, se efectúa de forma directa y con recursos propios y no a través de terceros, ni con recursos de terceros. Solo aplica para el registro de clientes.

Se expide a los 11 días del mes de mayo de del año 2024.



Carlos Eduardo Urquijo Mendoza
1016100762 de Bogotá D.C

OFAC
Office of Foreign Assets Control

Búsqueda de lista de sanciones

Lista de Nacionales Especialmente Designados y Personas Bloqueadas ("Lista SDN") y todas las demás listas de sanciones administradas por la OFAC, incluida la Lista de Evasores de Sanciones Extranjeras, la Lista de la Ley de Sanciones a Irán No SDN, la Lista de Identificaciones de Sanciones Sectoriales, la Lista de Instituciones Financieras Extranjeras Sujeto a sanciones por cuentas corresponsales o cuentas pagaderas y a la lista del Consejo Legislativo Palestino que no pertenece a SDN. Dada la cantidad de listas que ahora residen en la herramienta de búsqueda de listas de sanciones, se recomienda encarecidamente que los usuarios presten mucha atención a los códigos de programa asociados con cada registro devuelto. Estos códigos de programa indican cómo se debe tratar un acierto verdadero en un valor devuelto. La herramienta de búsqueda de la lista de sanciones utiliza una coincidencia de cadenas aproximada para identificar posibles coincidencias entre cadenas de palabras o caracteres ingresadas en la búsqueda de la lista de sanciones y cualquier nombre o componente de nombre tal como aparece en la lista SDN y/o en las otras listas de sanciones. La búsqueda de lista de sanciones tiene una barra deslizante que se puede utilizar para establecer un umbral (es decir, una calificación de confianza) para la cercanía de cualquier posible coincidencia devuelta como resultado de la búsqueda de un usuario. La búsqueda de lista de sanciones detectará ciertos errores ortográficos u otro texto ingresado incorrectamente y devolverá coincidencias cercanas o próximas, según la calificación de confianza establecida por el usuario a través de la barra deslizante. La OFAC no proporciona recomendaciones con respecto a la idoneidad de ninguna calificación de confianza específica. La búsqueda en la lista de sanciones es una herramienta que se ofrece para ayudar a los usuarios a utilizar la lista SDN y/o las otras listas de sanciones; El uso de la búsqueda en la lista de sanciones no sustituye la realización de la debida diligencia. El uso de la Búsqueda de listas de sanciones no limita ninguna responsabilidad penal o civil por cualquier acto realizado como resultado de dicho uso o en dependencia de dicho uso.

Descargue la lista SDN | Búsqueda de Lista de Sanciones: Normas de uso | Visite el sitio web de la OFAC

Descargue la lista consolidada no SDN | Clave de código de programa

Buscar

Tipo:	Todo	**DIRECCIÓN:**	
Nombre:	CARLOS EDUARDO URQUIJO M	**Ciudad:**	
Número de identificación / Dirección de moneda digital:	1016100762	**Provincia del estado:***	
Programa:	Todo 561-Relacionado BALCANES BALCANES-EO14033	**País:**	Todo
		Lista:	Todo
Puntuación mínima del nombre:	100		Restablecer búsqueda

Resultados de la búsqueda: 0 encontrados

Nombre	DIRECCIÓN	Tipo	Programa(s)	Lista	Puntaje

Su búsqueda no ha arrojado ningún resultado.

* Los estados de EE. UU. aparecen abreviados en las listas SDN y Non-SDN. Para buscar un estado específico de EE. UU., utilice la abreviatura de dos letras del Servicio Postal de EE. UU.

Lista SDN actualizada por última vez el: 24/05/2024 10:05:08 a.m.
Lista no SDN actualizada por última vez el: 6/5/2024 10:06:18 a.m.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14894158755

(415)7707212489984(8020) 000001489415875 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 6 1 0 0 7 6 2	2	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	1016100762	2016-03-15

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
URQUIJO	MENDOZA	CARLOS	EDUARDO

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 104 # 16 - 28 TO 1 AP 401

42. Correo electrónico: carlosurquijo9722@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 9 2 1	3 0 5 3 6 9 1 2 1 4	3 1 0 7 6 4 6 5 1 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
8 6 2 1	2023-02-06	8 6 1 0	2023-02-06					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 02 - 07 / 00 : 20: 38

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 URQUIJO MENDOZA CARLOS EDUARDO

985. Cargo Contribuyente

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **20/05/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARLOS URQUIJO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1016100762**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488439352128**
Fecha de apertura	**30/05/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **04/04/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARLOS URQUIJO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1016100762**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488439352128**
Fecha de apertura	**30/05/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

DR. HERNAN EDUARDO MEDINA // ESPEC. SALUD OCUPACIONAL LICENCIA No. 7453/2022 SSH

1. INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA:	E.S.E Departamental Salud		
FECHA: 09 / 04 / 2024	CIUDAD: villa vicencio	DPTO: meta	
TIPO DE EXAMEN: INGRESO X	EGRESO	PERIODICO	POST-INCAPACIDAD	OTRO:	CUAL

2. INFORMACION DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Eduardo Orguljo Mendez			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1016100762	EDAD: 26	SEXO: F	M X
DIRECCION: cr 104 # 16-28	CIUDAD: Bogota	TELEFONO: 3053691214	
CARGO: contratista	EPS: Compensar	GRUPO SANGUINEO: O RH

3. EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

AUDIOMETRIA	C. HEMATICO	TGO	COPROLOGICO	P. SICOSENSOMETRICA
VISIOMETRIA	PARCIAL DE ORINA	TGP	FROTIS FARINGEO	P. PSICOTECNICA
ESPIROMETRIA	GLICEMIA	VDRL	KOH UÑAS	PERFIL LIPIDICO
ELECTROCARDIOGRAMA	COLESTEROL	GRAVIDEZ	BACILOSCOPIA	VACUNA ANTITETANICA
RX DE TORAX	TRIGLICERIDOS	PSA	COLINESTERASA	OTROS:
RX DE COLUMNA	CREATININA	ALCOHOLEMIA	HEMOCLASIFICACION	

4. CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO	EXAMEN DE RETIRO
CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO	X	SATISFACTORIO	SATISFACTORIO
PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL		SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD GENERAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA EPS	CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN QUE DEBE SER VALORADA POR LA EPS
APLAZADO POR PRESENTAR PATOLOGIA QUE REQUIERE SE TRATADA PARA SU CORRECCION		SE DEBEN REASIGNAR FUNCIONES, REUBICAR, ANALIZAR PUESTO DE TRABAJO	SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO
NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL DEL CARGO		SIGNOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA EPS/ARL	SIGNOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA ARP

5. OBSERVACIONES:

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	NO	NA	APTO PARA CONDUCCION	SI	NO	NA	APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI	NO	NA
APTO ESPACIOS CONFINADOS	SI	NO	NA	APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	SI	NO	NA	REQUIERE SER REUBICADO	SI	NO	NA

6. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC	MANEJO EPS/ARL	RECOMENDACIONES	INCLUIR EN SVE
DIETA	CONTROL PYP POR EPS	CONTROL OCUPACIONAL	X AUDITIVO
EJERCICIO REGULAR	REMISION A EPS	HIGIENE POSTURAL	X VISUAL
VALORACION POR NUTRICION	REMISION A ARL	USO DE EPP APROPIADOS	RESPIRATORIO
DESCARTAR ALTERACION METAB.	SE PRESCRIBE TRATAMIENTO	AYUDAS ERGONOMICAS	ERGONOMICO
	CONTINUAR MANEJO MEDICO	EVALUACION PTO TRABAJO	QUIMICO
		MEDIDAS ANTI VARICES	CARDIOVASC

RESOLUCION 2346/07 LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL, LOS DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS SON CONFIDENCIALES Y HACEN PARTE DE LA RESERVA PROFESIONAL

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL

FIRMA Y CC. DEL TRABAJADOR

Powered by CamScanner

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1016100762, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230531	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Mayo de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
25001923

CER-AFI

VIGILADO SUPERSALUD
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA**, identificada con **CC** número **1016100762**, aportó por el empleado **CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA** identificado(a) con **CC** número **1016100762** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 05 - 2023 y 02 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	X													0		8	$309,334	0.16000	$49,500	$0	$0	Mayo - 2023	68554343	14/06/2023	NO
14-11	ARL SURA	59	X													0		8	$309,334	0.02436	$7,600	$0	$0	Mayo - 2023	68554343	14/06/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59	X													0		8	$309,334	0.12500	$38,700	$0	$0	Mayo - 2023	68554343	14/06/2023	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59														0		30	$1,600,000	0.16000	$256,000	$0	$0	Junio - 2023	68975376	17/07/2023	NO
14-11	ARL SURA	59														0		30	$1,600,000	0.02436	$39,000	$0	$0	Junio - 2023	68975376	17/07/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59														0		30	$1,600,000	0.12500	$200,000	$0	$0	Junio - 2023	68975376	17/07/2023	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59														0	A	30	($1,600,000)	(0.16000)	($256,000)	$0	$0	Junio - 2023	69404643	17/07/2023	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59														0	C	30	$1,876,800	0.16000	$300,300	$0	$0	Junio - 2023	69404643	17/07/2023	NO
14-11	ARL SURA	59														0	A	30	($1,600,000)	(0.02436)	($39,000)	$0	$0	Junio - 2023	69404643	17/07/2023	NO
14-11	ARL SURA	59														0	C	30	$1,876,800	0.02436	$45,800	$0	$0	Junio - 2023	69404643	17/07/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59														0	A	30	($1,600,000)	(0.12500)	($200,000)	$0	$0	Junio - 2023	69404643	17/07/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59														0	C	30	$1,876,800	0.12500	$234,600	$0	$0	Junio - 2023	69404643	17/07/2023	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59														0		30	$1,876,800	0.16000	$300,300	$0	$0	Julio - 2023	69745733	17/08/2023	NO
14-11	ARL SURA	59														0		30	$1,876,800	0.02436	$45,800	$0	$0	Julio - 2023	69745733	17/08/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59														0		30	$1,876,800	0.12500	$234,600	$0	$0	Julio - 2023	69745733	17/08/2023	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59														0		30	$1,876,800	0.16000	$300,300	$0	$0	Agosto - 2023	70521912	18/09/2023	NO
14-11	ARL SURA	59														0		30	$1,876,800	0.02436	$45,800	$0	$0	Agosto - 2023	70521912	18/09/2023	NO

El presente certificado se expide a los 6 días del mes Abril de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

EPS008	Compensar EPS	59	0	30	$1,876,800	0.12500	$234,600	$0	$0	Agosto - 2023	70521912	18/09/2023	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	0	30	$1,876,800	0.16000	$300,300	$0	$0	Septiembre - 2023	71282087	11/10/2023	NO
14-11	ARL SURA	59	0	30	$1,876,800	0.02436	$45,800	$0	$0	Septiembre - 2023	71282087	11/10/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59	0	30	$1,876,800	0.12500	$234,600	$0	$0	Septiembre - 2023	71282087	11/10/2023	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	0	30	$1,876,800	0.16000	$300,300	$0	$0	Octubre - 2023	72068716	14/11/2023	NO
14-11	ARL SURA	59	0	30	$1,876,800	0.02436	$45,800	$0	$0	Octubre - 2023	72068716	14/11/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59	0	30	$1,876,800	0.12500	$234,600	$0	$0	Octubre - 2023	72068716	14/11/2023	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	0	30	$1,876,800	0.16000	$300,300	$0	$0	Noviembre - 2023	72862940	11/12/2023	NO
14-11	ARL SURA	59	0	30	$1,876,800	0.02436	$45,800	$0	$0	Noviembre - 2023	72862940	11/12/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59	0	30	$1,876,800	0.12500	$234,600	$0	$0	Noviembre - 2023	72862940	11/12/2023	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	0	30	$1,876,800	0.16000	$300,300	$0	$0	Diciembre - 2023	73625477	11/01/2024	NO
14-11	ARL SURA	59	0	30	$1,876,800	0.02436	$45,800	$0	$0	Diciembre - 2023	73625477	11/01/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59	0	30	$1,876,800	0.12500	$234,600	$0	$0	Diciembre - 2023	73625477	11/01/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	0	30	$1,876,800	0.16000	$300,300	$0	$0	Enero - 2024	74369357	12/02/2024	NO
14-11	ARL SURA	59	0	30	$1,876,800	0.02436	$45,800	$0	$0	Enero - 2024	74369357	12/02/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59	0	30	$1,876,800	0.12500	$234,600	$0	$0	Enero - 2024	74369357	12/02/2024	NO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	0	30	$1,876,800	0.16000	$300,300	$0	$0	Febrero - 2024	75162259	18/03/2024	NO
14-11	ARL SURA	59	0	30	$1,876,800	0.02436	$45,800	$0	$0	Febrero - 2024	75162259	18/03/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59	0	30	$1,876,800	0.12500	$234,600	$0	$0	Febrero - 2024	75162259	18/03/2024	NO

El presente certificado se expide a los 6 días del mes Abril de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1016100762,** se encuentra afiliado/a desde **08/02/2023** 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 06 de abril de 2024.

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.

Certificado de Vacunación

Institución: _____

Nombre: Carlos Eduardo Urquizo

Identificación: 1086002762 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
IV		29-01-2020		
Fiebre Amarilla		18-06-18		

Cortesía de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
DPT	1	28-01-20		
	2	28-04-20		
HB	1	10-DE-2017		
HB	2	13-06-2018		
HB	3	28.01.2020		
BCG	UN	17 JUN 2017	[illegible]	
VPO	1	03-02-2017		
VPO	2	13-04-2018		
VPO	3	17 JUN 2020	[illegible]	

SPCO.SAPAS.18.07.0081

Cód. de Prestador 11-00117798-01/2

Inmunosalud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud

CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VIGILADO Supersalud

Consulte su certificado de vacunación en:

www.inmunosalud.com

NIT: 900.174.965-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011779802

NOMBRES: Carlos Eduardo Orquiso

DOCUMENTO: 1016100762

TELÉFONO: 3053697224

Tania salud

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	1434033	10 AGO. 2017	Inmunosalud
	2 DOSIS	143440 34	13 JUN. 2018	Inmunosal
	3 DOSIS		13 julio	
	4 DOSIS			
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
T. TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS	6041	3 FEB 17	Inmunosalud
	2 DOSIS	2208 COLPA	13 JUN. 2018	Inmunosalud
	3 DOSIS		13 DICIEMBRE 2018	
	4 DOSIS			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS			
DPTA	1 DOSIS			

Certificado Digital de Vacunación
Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Numero de identificación / ID Number

1016100762

Fecha nacimiento / Date of birth

22/11/1997

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Numero de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number		
Primera	Segunda	30 DIC 2022
Lote / Vaccine Batch		
EN1195	ER1742	C18D22A
Vacuna / Vaccine		
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	- HOLGRA
Centro administrador / Administering Center		
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL compensar | salud	- FONTIBON
Fecha de aplicación / Date of Vaccination		
12/03/2021	03/04/2021	-
País de vacunación / Country of Vaccination		
CO-Colombia	CO-Colombia	-
Sello digital / Digital Stamp		
En cola / In queue	En cola / In queue	-
Fecha de emisión del documento / Document issued		
30/12/2022	30/12/2022	-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soporteinvacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Visor certificado Minsalud

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) Vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in Minsalud

Powered by CamScanner

Certificado Digital de Vacunación
Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA

Tipo de identificacion / ID Type

CC

Numero de identificacion / ID Number

1016100762

Fecha nacimiento / Date of birth

22/11/1997

Pais nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Numero de contacto (celular) / Phone number

Correo electronico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda
	30 DIC 2022

Lote / Vaccine Batch

EN1195	ER1742
	018022A

Vacuna / Vaccine

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM
	HOSPENA

Centro vacunador / Administering Center

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL
	FONTIBON

compensar | salud

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

12/03/2021	03/04/2021
	-

Pais de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia
	-

Sello digital / Digital Stamp

En cola / In queue	En cola / In queue
	-

Fecha de emisión del documento / Document issued

30/12/2022	30/12/2022
	-

Línea de ayuda / Help line: 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Proteccion Social certifica que los datos aqui dispuestos fueron extraidos del Sistema de Informacion PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aqui descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunizacion)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS/ *CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /*

Certifica que:
Carlos Eduardo Urquijo M.
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento	**Sexo**	**Nacionalidad**
22-11-1997	M	Col
Date of birth / né(e) le	*Sex/ de sexe*	*nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación
1016100762
national identification document / document d'identification national

Cuya firma aparece a continuación:

Whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra:

Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
a été vacciné(é) ou reçu des agents prophylactiques a la date indiquée contre:

FA

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional

in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Réglement sanitaire international

Vacuna o Profilaxis	Fecha	Fabricante	Numero de lote de la vacuna o profilaxis	Institución vacunadora	Nombre del Profesional que certifica la aplicación	Título del Profesional que certifica la aplicación	Firma del Profesional que certifica la aplicación
Vaccine or prophylaxis	*Date*	*Manufacturer*	*Batch no. Of caccine or prophylaxis*	*Vaccination institution*	*Name of the Professional certifying the application*	*Title of the Professional that certifies the application*	*Signature of the professional certifying the application*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Fabricant*	*Duvaccin ou de l2agent prophylactique et numéro du lot*	*Établissement de vaccination*	*Nom Titre du clinicien responsable*	*Titre du clinicien responsable*	*Signature du clinicien responsable*

Martha Lopez — Terminal Terrestre Bogotá — única

Powered by CamScanner



INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha	Oficina radicación	Número de cotización	Número de póliza	Documento
BOGOTA D.C., 2024-04-15	2425 - SUCURSAL BOGOTA 2	03055226240408575918	900001158389	EXPEDICIÓN POLIZA NUEVA

Vigencia del seguro		Días de vigencia del seguro
Desde las 24:00 horas del 2024-04-10	Hasta las 24:00 horas del 2025-04-10	365

Moneda
COP

ASESOR

Nombre	Código
RICARDO ANDRES PEDROZA ROJAS	29934

TOMADOR

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Tomador principal	Calidad Tomador	Dirección de correspondencia
CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CEDULA DE CIUDADANIA	1016100762	✓	En nombre propio	carrera 104 # 16-28

Actividad económica del tomador principal
OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA



RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación
CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CEDULA DE CIUDADANIA	1016100762

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Médico General- | Valor asegurado: $300.000.000

Fecha de retroactividad: 12/04/2024

COBERTURA	SUBLÍMITE EVENTO	SUBLÍMITE VIGENCIA	DEDUCIBLE
Gastos de Defensa	100%	100%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de defensa por tribunal de ética médica	10%	10%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de Defensa (Penales)	10%	10%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Asistencia juridica telefonica			
Responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o personales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Errores y Omisiones en Dictamenes periciales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad Civil profesional	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

CONDICIONES PARTÍCULARES

Cláusulas

Cláusula gastos de defensa en procesos penales

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se cubren los gastos de defensa en procesos penales que sean concomitantes con y surjan a raíz de la reclamación civil de indemnización de perjuicios derivadas de daños materiales o lesiones personales. No se amparan los gastos de defensa en procesos penales sin el previo consentimiento escrito de Sura o aquellos procesos penales independientes.

Ampliación del término de revocación de la póliza

Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.

Clausula de compensación

Si debes dinero a SURA y, a su vez, SURA tiene saldos a tu favor, pendientes de pago, la Compañía compensará dichos valores, de acuerdo con las reglas del Código Civil.

Condición de la póliza

Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por parte del profesional de la salud.

Pago de las primas

El plazo para el pago de la prima será de 30 días entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de expedición la más reciente.

Ubicación de predios

XXXXXXXXXX

Modalidad de cobertura

Claims made o reclamación

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles.

Único valor asegurado

Los valores especificados como límites y/o sublímites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática.

Exclusiones

Exclusión de servicios médicos prestados en el exterior

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de servicios médicos prestados en el exterior

Exclusión operación de bancos de sangre

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de operación de bancos de sangre

Exclusión de gastos médicos

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de gastos médicos en los que incluya el propio asegurado

Exclusión responsabilidad civil de directores y administradores

Se excluye la Responsabilidad Civil de Administradores y Directores (D&O).

Exclusión ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Se excluyen las reclamaciones por ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Exclusión productos inseguros - defectuosos

Se excluyen las reclamaciones por productos inseguros ¿ defectuosos- fabricados, comercializados o entregados por usted

Exclusión de sangre infectada

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de sangre infectada

VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD				
Tasa 1,0677%o	Valor asegurado $300.000.000	Valor a pagar $320.323	Valor IVA $60.861	Valor total a pagar $381.184
			Valor total a pagar más IVA	**$381.184**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

VALOR A PAGAR DEL SEGURO

Solución	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	$320.323	$60.861	$381.184
VALOR TOTAL	**$320.323**	**$60.861**	**$381.184**



ASESORES

Codigo	Nombre del asesor principal	Lider
29934	RICARDO ANDRES PEDROZA ROJAS	✓

CONDICIONES GENERALES

DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Solución	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación de la proforma
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	2009-06-01	13-18	P	013	F-01-13-064

DEFINICIONES

SMMLV
Salario mínimo mensual legal vigente.

SMDLV
Salario mínimo diario legal vigente.

SUBLÍMITE
Todos los valores establecidos como sublimites en cualquiera de las coberturas de esta póliza se entienden incluidosdentro de la suma asegurada o límite máximo de responsabilidad asegurado, y por lo tanto no adicionan valor asegurado.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas deseguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009965 de 2010. "Responsablede impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención"

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

Firma autorizada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

En consideración a que:

Carlos Eduardo Urquijo Mendoza

C.C. 1.016.100.762 expedida en Bogotá D.C.

ha cumplido con todos los requisitos académicos exigidos por la Universidad, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional le otorga el título de

Médico

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.
a los 14 días del mes de Diciembre de 2022.

Rector

Vicerrector Académico

Decano de la Facultad

Acta de Grado N° 18073
Registro N° 18073

Jefe División de Admisiones, Registro y Control

Registro Oficial
Anotado al folio 525 Libro 10
Bogotá, D.C. República de Colombia
Día 14 Mes 12 Año 2022

D-0005246

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

D-0005246

ACTA DE GRADO N° 18073

En Bogotá, D.C., a los 14 días del mes de Diciembre de 2022, se reunieron en la Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada, los siguientes funcionarios: Brigadier General (RA) LUIS FERNANDO PUENTES TORRES . Rector; Doctora MARTHA LUCÍA OVIEDO FRANCO . Vicerrector(a) Académico(a); Doctora ELIANA PATRICIA RAMÍREZ CANO , Decano(a) FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) egresado(a) de la Universidad Militar "Nueva Granada" y otorgarle el título en la forma que más adelante se indica:

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 9, 10, 24, 25 y 28 de la ley 30 de 1992, Artículos 2° y literal g) del artículo 3° del Decreto 2725 de 1980; Artículo 2° de la Ley 805 de 2003; Resolución 12975 del 23 de julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional; Acuerdo 02 de 2015 y 02 del 2017 de la Universidad Militar Nueva Granada.

OTORGAMIENTO DEL TITULO

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(a) y la División de Admisiones, Registro y Control Académico por intermedio de su Jefe, han informado que el(la) señor(a) Carlos Eduardo Urquijo Mendoza, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1.016.100.762 de Bogotá D.C., ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos internos de la Institución 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 Médico quedando registrado su diploma y acta de grado en el Libro 10 Registro 18073.

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.

Doctora ELIANA PATRICIA RAMÍREZ CANO
Decano (a)
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Siguen firmas al respaldo.....

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 *

1016100762

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6302

Consultar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-05-08→2:13:52 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1016100762	CARLOS	EDUARDO	URQUIJO	MENDOZA	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA identificado(a) con CC 1016100762 registra La siguiente información:

2024-05-08→2:13:52 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2023-01-30	109195	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar	Fecha	Fecha	Modalidad	Programa	Entic

Prestacion	Lugar Prestación	Prestacion	Inicio	Fin	Prestacion	Prestacion	Reporta
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLE MED COLOME

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

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32 76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

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

Contacto

Teléfono
conmutador.
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA

C.C. 1.016.100.762 DE BOGOTA D.C. (BOGOTA D.C.)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizado los días 08 al 09 de ABRIL de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE ABRIL DE 2025

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE ABRIL DE 2024

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA

C.C. 1.016.100.762 DE BOGOTA D.C. (BOGOTA D.C.)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO

Realizado los días 06 al 09 de ABRIL de 2024, con una intensidad de 48 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE ABRIL DE 2026

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE ABRIL DE 2024

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 313 474 0022 - Ofic. 608 867 6342

Sede Armenia.
Cel. 300 702 0999

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA

C.C. 1.016.100.762 DE BOGOTA D.C. (BOGOTA D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO TALLER DE

DIAGNOSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE

Realizado los días 08 al 09 de ABRIL de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 09 DE ABRIL DE 2025

DADO EN VILLAVICENCIO (META) A LOS 09 DÍAS DEL MES DE ABRIL DE 2024

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

NIT: 900.584.550-1

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS

MULTIEMERGENCIAS

Multiemergencias S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS

Certifica que:

Carlos Eduardo Urquijo Mendoza

C.C: **1016100762**

Validez del certificado

Cursó y aprobó:

CURSO MANEJO INTEGRADO DE DESNUTRICIÓN AGUDA EN NIÑOS MENORES 5 AÑOS

Con una intensidad horaria de **40hr**

Cumpliendo los requisitos legales y reglamentarios exigidos por la Resolución 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social bajo la licencia N° 20005 de 03/10/2023 Secretaria de Salud Departamental de Santander .
Decreto 1075 de 2015 articulo 2.6.8.8 Ministerio de Educación Nacional.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de la fecha de emisión.

Código de Verificación:

09a43d52ed271dee

Para su constancia el curso se realizó el

08/05/2024

Mgtr. NIXON ARLEY ZAMBRANO GÓMEZ
Director de Educación Multiemergencias
Magister Gestión Servicios de Salud
Tarjeta profesional: 30703

OSCAR LEONARDO ARAUJO QUINTANA
Médico y Cirujano UIS
Director Científico
RM 1098649886

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/05/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	822006595	**Cédula Usuario:**	CC 1121938790
Nombre:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD				
Dirección:	CL 37 41 80				
Departamento:	META		**Municipio:**	VILLAVICENCIO	
Correo electrónico:	NOMINA@ESEMETA.GOV.CO				
Teléfono:	6621224		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3861001 ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLINICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGIA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCION DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISION DIRECTA DE MEDICOS Y ABARCA: LA ATENCION ODONTOLOGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCION DE INTERNACION; EL SERVICIO DE PERSONAL MEDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMEDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA: REHABILITACION (POR TERAPISTAS), OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, NUTRICION, F				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1121938790	ALICIA NATHALY GARZON CRUZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	279	23/05/2024	CC 45767571	CABARCAS SUAREZ GERLY	3	2.436	**Independiente**
2	278	23/05/2024	CC 1003863554	FIERRO NARVAEZ JULIETH	3	2.436	**Independiente**
3	277	23/05/2024	CC 1120360146	PACHECO RODRIGUEZ JAHKSON	3	2.436	**Independiente**
4	276	23/05/2024	CC 1120379112	FERNANDEZ CEPEDA YESSICA	3	2.436	**Independiente**
5	275	23/05/2024	CC 1121843472	CASTILLO BOCANEGRA JOHANNA	3	2.436	**Independiente**
6	274	23/05/2024	CC 40612197	PEREZ PENAGOS LEIDY	3	2.436	**Independiente**
7	273	23/05/2024	CC 1016100762	URQUIJO MENDOZA CARLOS	3	2.436	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_04