Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	Médico general
Título	Dr(a)
Nombre	Carlos andres
Apellidos	Retamozo obregon
Fecha de Nacimiento	21/08/1995 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	Carlos andres Retamozo obregon
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1083006263
Dirección	Carrera 15a #4-28 bonda
Código postal	47001
Estrato	2
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	carlosretamozo21@gmail.com
Teléfono	3004444690
Celular	3004445690
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta	Santa marta
SMS para recuperar la contraseña	3004445690

Editar

Santa Marta, Diciembre de 2024

Señores
E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVERAND
Attn. HAROLDO PIZARRO NAY
Gerente E.S.D.

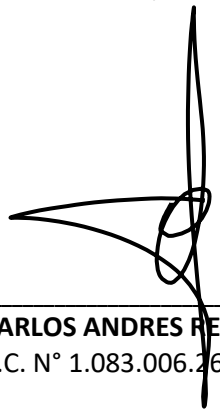
Cordial saludo,

Para su conocimiento y demás fines pertinentes, me permito manifestar que estoy a su entera disposición para prestar mis servicios de manera directa como MEDICO GENERAL para la atención de la población usuaria de esta entidad , bien sea en consulta, promoción y mantenimiento de la salud y/o urgencias; comprometiéndome a cumplir a cabalidad con las obligaciones específicas que me sean asignadas y las políticas institucionales vigentes de igual manera, manifiesto acogerme a las condiciones del tipo de contratación, plazo y forma de pago designada.

Por lo anterior presento mi respectiva hoja de vida adjunta a esta propuesta para su revisión y consideración.

En espera de una respuesta positiva para trabajar juntos de la mano por la salud de nuestra comunidad.

Atentamente,



_____
CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON
C.C. N° 1.083.006.263

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
Retamozo	Obregon	Carlos Andres

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1083006263 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES 08 AÑO 1995

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 15A 4 28 LAURELES BONDA

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4208588 EMAIL CARLOSRETAMOZO21@GMAIL.COM

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2020	

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
PORTUGUÉS	X				X		X		

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* URGENCIA DE GINECOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23A 46 ESTE CARRERA 14 # 23-46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MED GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIA MEDICA					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE 14 25 147						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA BENEDICTO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 14 46 Los alcazares						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	23	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* Av Libertador N° 25-67						

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	2	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	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, Diciembre de 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

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2024-11-24 11:58

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARLOS	ANDRES	RETAMOZO	OBREGON

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1083006263

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Av Libertador N° 25-67"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$40.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$40.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$15.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Entidad o el Cargo fueron diligenciados por el sujeto obligado y el Departamento Administrativo de la Función Pública verificará la información consignada para precisar su validez legal antes de marcar el registro con estado Finalizado.

Realice una consulta

Tipo de persona: NATURAL

Primer nombre:

Segundo nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Número de documento de identidad: 1083006263

Nombre entidad:

Fecha de publicación: dd/mm/yyyy hasta dd/mm/yyyy

Buscar | Limpiar búsqueda | Ir a Módulo de reporte de información

RECUERDE QUE: En virtud del principio de buena fe, se presume que la información consignada por los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 es verídica y, por ende, es de uso legal hasta tanto se desvirtúe con los mecanismos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente.

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON CEDULA DE CIUDADANIA - 1083006263	**Declaración Ley 2013 de 2019**	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	**2119759-01** Declaración inicial	2024-11-24 11:58	FINALIZADO
CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON CEDULA DE CIUDADANIA - 1083006263	**Declaración Ley 2013 de 2019**	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	CONTRATISTA	PERIÓDICO	**2102171-01** Declaración inicial	2024-11-07 22:05	FINALIZADO
CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON CEDULA DE CIUDADANIA - 1083006263	**Declaración Ley 2013 de 2019**	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	**2031751-01** Declaración inicial	2024-09-24 12:03	FINALIZADO
CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON CEDULA DE CIUDADANIA - 1083006263	**Declaración Ley 2013 de 2019**	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	**1293064-01** Declaración inicial	2023-10-02 17:07	FINALIZADO

Privacidad - Condiciones

Bienvenid@ CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON

Inicio > Perfil > Usuarios > Afiliados > Traslado > Salir

Inicio
Perfil

Consultas
Usuarios
Afiliados
Traslados

Salir

Encender música

Satisfactorio

Descargas

Autorización Tratamiento de Datos Personales | Compromiso de confidencialidad | Formulario SARLAFT | Lista de Exámenes Médicos

Perfil - Formulario Precontractual

Inicio > Asocia2 > Perfil

Foto de Perfil

Foto tipo carné, para acreditar la identidad



Elegir archivo IMG_20230614_202203.jpg

Actualizar imagen

Cambiar contraseña

Datos Personales

Actualización

Fecha Última Actualización	Nombre de usuario	Correo electrónico
2024-12-10T18:24:51	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON	carlosretamozo21@gmail.com

Tipo de Documento	Cédula	Lugar de Expedición del Documento
Cédula de Ciudadanía	1083006263	SANTA MARTA

Fecha de Expedición	Sexo	Identidad de Género
28/11/2013	Masculino	Heterosexual

Estado Civil	Nacionalidad: Colombiano	Si selecciona "Otro"...	Fecha de Nacimiento
Unión Libre			21/8/1995

Lugar de nacimiento	Dirección de Residencia	Municipio
SANTA MARTA	MZN K CASA 226 VILLA MARBELLA	SANTA MARTA

Departamento	¿Tiene hijos? SI	Número de hijos:	Personas a cargo
MAGDALENA		1	5

Celular	Contacto de Emergencia	Celular Contacto de Emergencia
300 4445690	MARIA LOZANO	3045245823

Tipo de Vivienda	Estrato	Zona de residencia
Familiar	3	Urbana

¿Tiene discapacidad? NO — ¿Cuál(es)?...

¿Pertenece a un grupo étnico? No

¿Es usted víctima del conflicto? NO

¿Es usted víctima de desplazamiento? NO

Idioma Nativo: Español

Informacion Profesional y Laboral

Actualización

Tipo de Ocupación	Nivel de Escolaridad	Título obtenido
Contratista	Universitario	MEDICO GENERAL

Fecha del Título: 13/12/2021

¿Primer Empleo?

- ○ SI
- ● No

Contrato Vigente o Inmediatamente Anterior

Actualización

Nombre de la Empresa	Tipo de Entidad	Ubicación de la entidad: PAIS-DEPARTAMENTO-CIUDAD
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Pública	COLOMBIA-MAGDALENA-SANTA MARTA

Email de la Entidad	Actividad Contractual
correoese@esealprorev.gov.co	MEDICO GENERAL

Tipo de afiliación: Régimen contributivo

EPS: SALUD TOTAL EPS

¿Está inscrito en el SISBÉN? No

Actualizar Datos

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y demás normativas vigentes en Colombia en materia de protección de datos personales, la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, con NIT 819.004.070, actuando como responsable del Tratamiento de Datos Personales, solicita a sus empleados, contratistas y demás vinculados, la autorización expresa para la recolección y tratamiento de sus datos personales.

Al aceptar esta autorización, usted consiente de manera libre, previa, expresa, voluntaria e inequívoca, que la E.S.E Alejandro Prospero Reverend recoja, almacene, procese, transmita y transfiera sus datos personales, los cuales se utilizarán para fines relacionados con la gestión de talento humano, contratación, cumplimiento de obligaciones contractuales y laborales, desarrollo de políticas internas, y demás propósitos necesarios para el desarrollo de la misión de la entidad.

Finalidades del Tratamiento de Datos Personales: La E.S.E Alejandro Prospero Reverend tratará sus datos personales para gestionar el vínculo laboral o contractual, lo que incluye procesos administrativos como nómina, prestaciones sociales, seguridad social, consultar sus datos en en las siguientes bases de datos: Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional, Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República, Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional y RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (solo personal de salud) y, facilitar la comunicación con usted. Además, los datos se usarán para cumplir con las políticas internas de la empresa, normas laborales, seguridad de la información, y administrar el acceso a sistemas, activos, así como el control de asistencia y desempeño.

Derechos del Titular: Como titular de los datos personales, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar prueba de la autorización para el tratamiento de sus datos. Puede ser informado del uso de sus datos, revocar la autorización o solicitar la supresión de los mismos, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend a través de los siguientes canales:

- Sede Administrativa, Av. Libertador # 25 - 67, Santa Marta D.T.C.H., Magdalena
- Correo electrónico: tratamientodatospersonales@esealprorev.gov.co
- Teléfono: +57 333 033 4416
- Página web: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co/

Aceptación y Firma: Leído lo anterior, al firmar este documento, usted autoriza de manera libre, expresa e inequívoca a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo establecido.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 01 de DICIEMBRE de 2024

FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA:	
NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON
N°. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA	1083006263

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, y **CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON**, identificado(a) con **Cedula de Ciudadanía No. 1.083.006.263**, en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Naturaleza de Acuerdo
Este es un acuerdo de confidencialidad **unilateral**, en el cual la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** será la única parte que revelará información confidencial al colaborador. Por lo tanto, El colaborador se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso, sin tener derecho a compartirla ni utilizarla para fines distintos a los autorizados.

Objeto del Acuerdo
El presente acuerdo tiene como objetivo proteger la información de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, a la que el colaborador tenga acceso durante el ejercicio de sus funciones y/o actividades. Esta información incluye, pero no se limita a, datos técnicos, operativos, administrativos y cualquier otra información relacionada con la misión de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** en la prestación de servicios de salud, manejo de casos clínicos, datos sobre pacientes, procedimientos internos, estrategias de negocio, listas de usuarios o proveedores, y cualquier otra información según las políticas internas de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Este acuerdo también se ajusta a las disposiciones generales del Código Civil, Libro IV, sobre las obligaciones y contratos, así como a los artículos 194 y 308 del Código Penal, en relación con la divulgación de documentos reservados y violación de la reserva industrial o comercial.

Obligaciones del colaborador
El colaborador se compromete a:

- Cumplir con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015. Además, aplicar los procedimientos y lineamientos contemplados en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, los cuales están disponibles en la página web oficial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co.
- No divulgar, compartir o utilizar la información confidencial para fines distintos a los autorizados expresamente por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.
- Proteger la información a través de las medidas de seguridad proporcionadas por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, así como aquellas requeridas por la naturaleza de la información.
- No realizar copias, reproducciones o almacenamientos no autorizados de la información.
- Devolver cualquier información confidencial que esté bajo su custodia al término de la relación laboral o contractual, sin conservar copias en ningún formato.
- Reportar de inmediato cualquier incidente o brecha de seguridad que pueda comprometer la información confidencial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Uso de la Información
El colaborador sólo podrá utilizar la información confidencial para los fines expresamente autorizados por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, en el marco de sus actividades laborales o contractuales.

Duración del Compromiso
Este compromiso se mantendrá vigente durante todo el periodo en que el colaborador preste sus servicios a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** y continuará de forma indefinida después de la terminación de la relación laboral o contractual, independientemente de las causas de dicha terminación.

Consecuencias del Incumplimiento
El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acuerdo dará lugar a sanciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato, además de posibles acciones civiles, administrativas y penales, según la normativa vigente.

Excepciones
Este acuerdo no será aplicable a la información que sea requerida por una autoridad judicial o administrativa, siempre y cuando El colaborador notifique previamente a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** sobre dicha obligación de divulgación.

Firma y Aceptación
El colaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 01 de DICIEMBRE de 2024

FIRMA DEL COLABORADOR:	
NOMBRE COLABORADOR	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON
N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR	1083006263

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.083.006.263
RETAMOZO OBREGON

APELLIDOS
CARLOS ANDRES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1995
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-NOV-2013 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2100100-00537700-M-1083006263-20140120- 0036709164A 3 41636350

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 ANDRES RETAMOZO OBREGON identificado con Cédula de Ciudadanía No.1083006263, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	CARLOS
Segundo Nombre:	ANDRES
Primer Apellido:	RETAMOZO
Segundo Apellido:	OBREGON
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1083006263
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 24 días del mes de Noviembre de 2024, a las 12:20:28 PM.

Cordialmente,

TC. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ.

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141114843614

(415)7707212489984(8020) 000014111484361 4

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

IDENTIFICACIÓN

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

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
RETAMOZO	OBREGON	CARLOS	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 15 4 28 BRR LAURELES DE BONDA

42. Correo electrónico: carlosretamozo21@gmail.com

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

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 2 2 0 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	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 08 - 13 / 16 : 56: 23

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 RETAMOZO OBREGON CARLOS ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 1083006263 **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 24/11/2024 01:12 PM

Código Verificación: **XGLU46B9F8**

Válida hasta: **22/02/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

La República de Colombia
y en su nombre, la

Institución Educativa Distrital de Bonda

Aprobado por Resolución No. 0760 del 22 de Agosto de 2005,
emanada de la Secretaría de Educación Distrital
Santa Marta - Magdalena

Confiere a:

Retamozo Obregón Carlos Andrés

Con T.I. No. 95082112481 de Santa Marta

El Título de

Bachiller Académico

Con profundización en Ciencias Naturales

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Cilson Emilio Granados Gómez
C.C. No. 12.532.790 de Santa Marta

Belquis Moreno Molina
C.C. No. 36.540.690 de Santa Marta

República de Colombia,

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre,

LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Personería Jurídica - Resolución 831 del 3 de diciembre de 1974

En atención a que

CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON

C.C. Nº 1.083.006.263

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, en testimonio de ello le otorga el título de

MÉDICO

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Marta, a los 13 días del mes de Diciembre de 2021

Acta 3054 en el folio 8 del libro 68 registro Nº 61942

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

sQPoWP2QPU4!

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Acreditación Institucional de Alta Calidad
Resolución N° 010288 04 junio 2021 de MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO N° 3054

En Santa Marta D.T.C.H., siendo las 10:00 a.m. del día 13 del mes de diciembre de 2021, se realizó la graduación en ceremonia especial, otorgando a:

CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON
C.C. N° 1.083.006.263

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 **CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON**, y se hizo entrega del diploma que lo acredita como **MÉDICO**.

En constancia se extiende y firma la presente acta:

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

sQPoWP2QPU4!

Registro N° 61942 en el folio 8 del libro 68 de Diplomas

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108300626300212804
Codigo de verificacion

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) **CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON**, identificado(a) con C.C. No. 1083006263 y T.P. o R.M. No. 1083006263 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 25 noviembre 2024 a solicitud del(a) interesado(a).

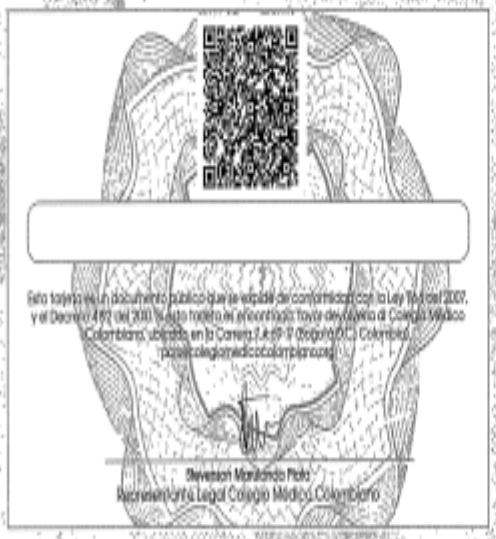
TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL





QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
FECHA Folios: NROFOLIOS
Origen: ORIGHEN
Destinatario: DHESTIN@TAYO

R@QTKADO

EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

CERTIFICA

Que conforme a lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y la Resolución 774 de 2022, el (la) profesional **CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON** identificado (a) con Cèdula de Ciudadanía No. 1083006263 expedida en Santa Marta - Magdalena, cumplió el servicio social obligatorio como MEDICO en el LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND de Santa Marta - Magdalena en la siguiente plaza y fecha:

Código Plaza	Lugar donde realizó el SSO	Modalidad (*)	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
4700100071301-1	LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND	Prestación de Servicios	23 de febrero de 2022.	22 de febrero de 2023.

*Según Artículo 8 de la Resolución 774 de 2022.

Santa Marta, marzo 09 de 2023.

DIANA CASTRO LOPEZ
Secretaria Seccional de Salud

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó Elaboró	Piedad De la Hoz Orozco.	Profesional Universitario	

Declaro que he revisado el presente documento, lo encuentro ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presento para su firma.

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 *

1083006263

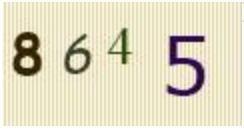
Primer Nombre

CARLOS

Primer Apellido

RETAMOZO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6341

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-11-24→1:19:31 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1083006263	CARLOS	ANDRES	RETAMOZO	OBREGON	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 ANDRES RETAMOZO OBREGON identificado(a) con CC 1083006263 registra La siguiente información:

2024-11-24→1:19:31 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2023-04-26	112686	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar Prestación	Fecha	Fecha	Modalidad

Prestación	Lugar Prestación		Inicio	Fin	Prestación
Presto SSO	Local	COLOMBIA|MAGDALENA|SANTA MARTA	2022-02-23	2023-02-22	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada

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).

CV-202401-BLS0056

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

CARLOS ANDRÉS RETAMOZO OBREGÓN
C.C. 1.083.006.263

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE B.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. los días 26, 27 y 28 de enero 2024, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **enero de 2026**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202401-ACLS0057

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

CARLOS ANDRÉS RETAMOZO OBREGÓN
C.C. 1.083.006.263

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE A.C.L.S. (ADVANCED CIRCULATION LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR AVANZADA

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. los días 26, 27 y 28 de enero de 2024, con una intensidad académica de 48 horas.



PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **enero de 2026**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202202-MIVSG0055

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

CARLOS ANDRÉS RETAMOZO OBREGÓN
C.C 1.083.006.263

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO INTEGRAL DE VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO (CÓDIGO GRIS)

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 24, 25 y 26 de febrero de 2023, con una intensidad académica de 36 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **febrero de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202302-AIGD0049

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

CARLOS ANDRÉS RETAMOZO OBREGÓN
C.C 1.083.006.263

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 25 de febrero 2023, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **febrero de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202302-AVAQ0057

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

CARLOS ANDRÉS RETAMOZO OBREGÓN
C.C 1.083.006.263

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 25 de febrero de 2023 con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **febrero de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202305- CDOT013

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

CARLOS ANDRÉS RETAMOZO OBREGÓN
C.C. 1.083.006.263

ASISTIÓ Y APROBÓ

GESTIÓN EN DETECCIÓN Y CUIDADO DEL DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 25, 26 y 27 de mayo de 2023, con una intensidad académica de 40 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **mayo de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202305-IAMII019

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

CARLOS ANDRÉS RETAMOZO OBREGÓN
C.C. 1.083.006.263

ASISTIÓ Y APROBÓ

FUNDAMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS IAMII (INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL)

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 10, 11 y 12 de mayo de 2023, con una intensidad académica de 40 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **mayo de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202305-AMDCP0015

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

CARLOS ANDRÉS RETAMOZO OBREGÓN
C.C 1.083.006.263

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN EN EL MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 23 y 24 de mayo de 2023 con una intensidad académica de 20 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **mayo de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

67587bca-b07c-424e-92b6-0fb0ac1f5a8b

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Carlos Andres Retamozo Obregón

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

10 de diciembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67587bca-b07c-424e-92b6-0fb0ac1f5a8b

E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND

SANTA MARTA
El cambio es imparable

CERTIFICADO DE COMPLACENCIA DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND" NIT: 819.004.070-5

CERTIFICA:

Que el médico **RETAMOZO OBREGON CARLOS ANDRES,** identificado con la cedula de ciudadanía número **1.083.006.263,** expedida en Santa Marta, prestó el Servicio Social Obligatorio como **MEDICO**.

Que el citado profesional desempeñó la actividad antes mencionada durante el tiempo comprendido entre el día **veintitrés (23) de febrero del año 2022, hasta el día veintidós (22) del mes de febrero del año 2023** y cumplió con las obligaciones y programas previstos.

Que la actividad, sede y localidades son válidas para la prestación del Servicio Social Obligatorio, cuya plaza fue aprobada por el Ministerio de Salud, según número de orden **M-52, Centro de Salud Guachaca, Código Plaza N° 4700100071301-1; Identificación Plaza N° 3892, Resolución aprobación N° 011 del 01 de febrero de 1.999.**

En consecuencia, el médico **RETAMOZO OBREGON CARLOS ANDRES**, ha cumplido el Servicio Social Obligatorio Medico de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Para constancia se firma en Santa Marta, el día **viernes veinticuatro (24) del mes de febrero del año 2023.**

OLGA LUCIA LOPEZ CIFUENTES
P.U. con funciones Jefe Talento Humano E.S.E.

Elaboró: Personal - Nombre

E.S.E. ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND

SANTA MARTA
El cambio es imparable

CERTIFICADO DE COMPLACENCIA DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND" NIT: 819.004.070-5

CERTIFICA:

Que el médico **RETAMOZO OBREGON CARLOS ANDRES,** identificado con la cedula de ciudadanía número **1.083.006.263,** expedida en Santa Marta, prestó el Servicio Social Obligatorio como **MEDICO.**

Que el citado profesional desempeñó la actividad antes mencionada durante el tiempo comprendido entre el día **veintitrés (23) de febrero del año 2022, hasta el día veintidós (22) del mes de febrero del año 2023** y cumplió con las obligaciones y programas previstos.

Que la actividad, sede y localidades son válidas para la prestación del Servicio Social Obligatorio, cuya plaza fue aprobada por el Ministerio de Salud, según número de orden **M-52, Centro de Salud Guachaca, Código Plaza N° 4700100071301-1; Identificación Plaza N° 3892, Resolución aprobación N° 011 del 01 de febrero de 1.999.**

En consecuencia, el medico **RETAMOZO OBREGON CARLOS ANDRES,** ha cumplido el Servicio Social Obligatorio Medico de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Para constancia se firma en Santa Marta, el día **viernes veinticuatro (24) del mes de febrero del año 2023.**

OLGA LUCIA LOPEZ CIFUENTES
P.U. con funciones Jefe Talento Humano E.S.E.

Bogotá, Noviembre / 25 de 2024

Señor (a): CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON
CC. 1083006263
CL 15A N 4 28 BONDA
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Junio / 1 de 2022, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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:

CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.006.263**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Noviembre del 2024.

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.

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 | Versión: 002 | 06/feb/2024 | Fecha de creación: 06/feb/2023

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento	CEDULA	Número de documento	1083006263	Lugar de expedición	SANTA MARTA		
Primer apellido	RETAMOZO	Segundo apellido	OBREGON	Nombres	CARLOS ANDRES		
Nacionalidad	COLOMBIANO	Dirección de domicilio	MZN K CASA 226 VILLA MARBELLA				
Departamento	MAGDALENA	Ciudad | Municipio	SANTA MARTA	Correo electrónico	carlosretamozo21@gmail.com		
Número de contacto	3004445690	Lugar de nacimiento	SANTA MARTA	Fecha de nacimiento	21-08-1995	Estado civil	SOLTERO
Actividad principal que desempeña actualmente	MEDICO GENERAL					Código actividad en RUT (4 dígitos)	8621

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres	MARIA LOZANO	Dirección	MNZ K CASA 226 VILLA MARBELLA	Teléfono	3045245823
Apellidos y nombres	DIANA PEREZ	Dirección	CRR 15ª #4-28 BONDA	Teléfono	3154624057

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)[1]

¿Maneja recursos públicos?	Si [ ]	No [X]	¿Tiene reconocimiento público?	Si [ ]	No [X]	¿Ejerce algún grado de poder público?	Si [ ] No [X]
¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta?	Si [ ]	No [X]	¿Cuál?				

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensual	$ 7.243.325	Otros ingresos mensuales	NO	Total, ingreso mensuales	$ 7.243.325	Total, egresos mensuales	$ 6.500.000
Total, activos		Total, pasivos		Información financiera a corte	Diciembre 2024		
Indique el concepto de otros ingresos							

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad bancaria	BANCO DE BOGOTA	Número de cuenta	564782043	Tipo de cuenta	AHORRO
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Si [ ]	Tipo de cuenta	
	No [X]	¿Cuál?	

INFORMACIÓN BANCARIA

¿Tiene productos financieros en moneda extranjera?	Si [ ]	Tipo de producto		Número de producto	
	No [X]	Entidad financiera		País	

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

MEDICO GENERAL

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.
4. De manera irrevocable autorizo a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend***, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

DECLARACIONES ADICIONALES

¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI		NO	X	¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton?	SI		NO	X

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** como tratante de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.
La información y datos personales suministrados a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en https://www.esealprorev.gov.co
Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

SI	X
NO	

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:



Firma

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.083.006.263 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 564782043, abierta/o desde el 2/3/2022.

Se expide en Bogotá el día 11 del mes de Junio del año 2024



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

901127782-6

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2024-06-14 18:47:00

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

DATOS DEL TRABAJADOR

PACIENTE: CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON

ID: CC 1083006263

FECHA DE NACIMIENTO: 1995-08-21

EDAD: 28 Años

TEL. 3004445690

DIRECCION: CARRERA 15A # 4-28 SANTA MARTA (MAGDALENA)

SEXO: M

CONVENIO: PARTICULARES

ESTADO CIVIL: SOLTERO



EPS: SALUD TOTAL EPS

CARGO: MEDICO GENERAL

Trabajo en Alturas : --

Manipulación de Alimentos : --

Espacios Confinados: --

TIPO DE EXAMEN

- [x] **INGRESO**
- [ ] **PERIODICO**
- [ ] **RETIRO**
- [ ] **EGRESO**
- [ ] **ESPACIOS CONFINADOS**
- [ ] **ÉNFASIS EN ALTURA**
- [ ] **MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS**
- [ ] **POSTINCAPACIDAD**
- [ ] **MEDICINA GENERAL**
- [ ] **OTRO** **CUAL:**

EXÁMENES A REALIZAR

- [ ] AUDIOMETRIA
- [ ] ELECTROCARDIOGRAMA
- [ ] ESPIROMETRIA
- [ ] EXAMEN PSICOSENSOMETRICO
- [x] VISIOMETRIA
- [x] EXAMEN OSTEOMUSCULAR
- [ ] TAMIZAJE VISUAL
- [ ] PERFIL LIPÍDICO
- [x] LABORATORIOS
- [ ] PSICOTECNICO
- [ ] EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

OTRO: HEMOGRAMA, BK DE ESPUTO (TBC) Y PANEL X2 COCAINA Y MARIHUANA

RECOMENDACIONES

Higiene postural SI **Pausas activas:** SI **Restricción para el manejo de cargas:** NO **Uso epp:** SI

Edu. en manejo cargas: NO **Fomento de hab. saludables :** SI

Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

2. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

3. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

4. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

5. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

Remision:

Observaciones:

CONCEPTO

Concepto de Ingreso: APTO SIN RESTRICCIONES

Concepto Retiro: --

Concepto Periódico : --

Observaciones:

CONDUCTA

• Conducta de manejo médico:	• Conducta médica laboral:	• Cond. sobre háb. y estilos de vida saludables:
☐ a. Continuar manejo médico	☑ a. Educación en higiene postural.	☑ a. Actividad física regular.
☐ b. Remisión a EPS.	☑ b. Capacitación y verificación en uso adecuado de los elementos de protección personal.	☑ b. Educación en alimentación saludable.
☐ c. Seguimiento por la ARL.		☐ c. Desestimular el tabaquismo y consumo de sustancias perjudiciales.
		Otro:

• Recomendaciones específicas:

- [ ] a. Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas.
- [ ] b. Restricción para manejo de cargas.
- [ ] c. No exponer a ruido de más de 80 decibeles sin protección auditiva adecuada.

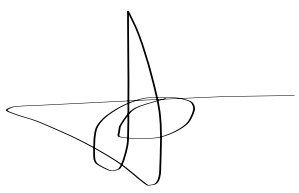
Otras:



SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE

ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

R.M. 0556 S.S.M. LIC. S.O. 1301 - S.S.M.



PACIENTE: CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON

ID: CC 1083006263

De conformidad con lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007, 1918 de 2009 y 1409 de 2012, El presente documento, forma parte de la historia clínica ocupacional y su custodia y disponibilidad para los fines legales pertinentes será responsabilidad nuestra .

DIR. CRA 24 #19-07 - TEL. 3187691250 - E-MAIL: Serviciosmedicosamb19@gmail.com

SANTA MARTA - COLOMBIA

SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

901127782-6

HISTORIA CLÍNICA VISIOMETRIA

FECHA: 2024-06-14 18:46:32

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

DATOS DEL TRABAJADOR

PACIENTE: CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON

ID: CC 1083006263

FECHA DE NACIMIENTO: 1995-08-21

EDAD: 28 Años

TEL. 3004445690

DIRECCION: CARRERA 15A # 4-28 SANTA MARTA (MAGDALENA)

SEXO: M

CONVENIO: PARTICULARES

ESTADO CIVIL: SOLTERO

EPS: SALUD TOTAL EPS

CARGO: MEDICO GENERAL



TIPO DE EXAMEN:

☑ Ingreso ☐ **Egreso** ☐ **Periódico** ☐ **Seguimiento**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORO (RÁ)-(RÓ) EL TRABAJADOR O ASPIRANTE:: PARTICULAR

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR

Cargo: MEDICO GENERAL **Sección:**

INFORMACIÓN PERSONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGÍA VISUAL:

	Si	No	Cuales?
¿Ha tenido cirugías o traumas oculares?	☐	☑	
¿Presenta actualmente molestias en los ojos?	☐	☑	
¿Está expuesto a riesgos ocupacionales o oculares en el cargo actual?	☐	☑	
¿Usa en el cargo actual elementos de protección ocular?	☐	☑	

Problemas de refracción ☐ **Si** ☑ **No** **Cual?:** **Tiempo de evolución:**

Corregido ☐ **Si** ☐ **No** Tipo de corrección ☐ **Lentes de contacto** ☐ **Gafas** ☐ **Ambas**

Frecuencia de uso:

Tiempo transcurrido desde el ultimo examen visual:

Tiempo transcurrido desde el ultimo cambio de formula:

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

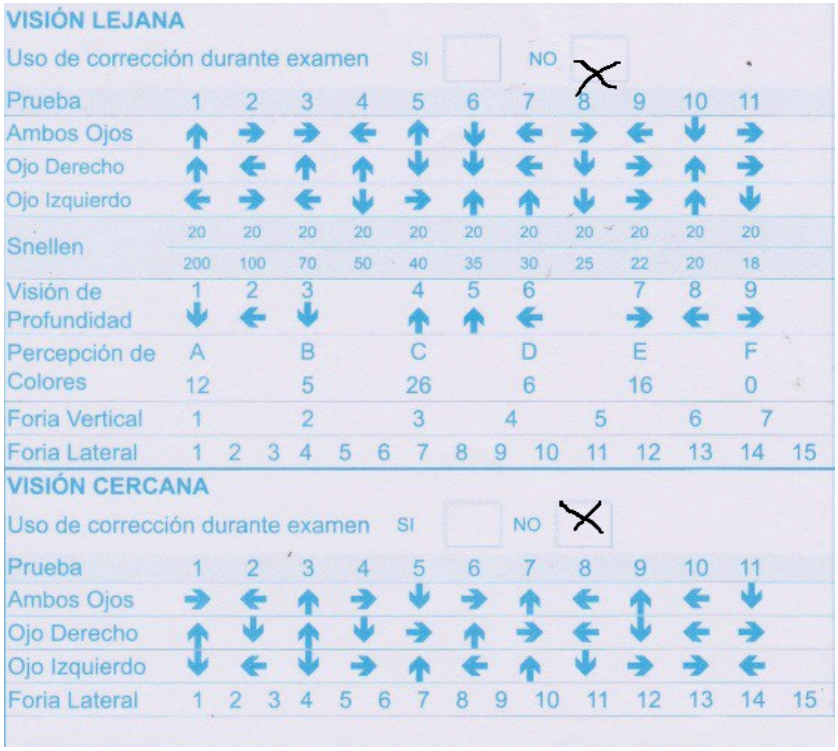
901127782-6

HISTORIA CLÍNICA VISIOMETRIA

FECHA: 2024-06-14 18:46:32

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

EVALUACIÓN (Marque las respuestas acertadas para cada prueba. No diligencia los espacios sombreados.



Clasif. Según tabla de Snellen

1. Normal
2. Normal
3. Normal
4. Normal
5. Normal
6. Normal
7. Normal
8. Normal
9. Normal
10. Normal

Clasif. Según tabla de Snellen

1. Normal
2. Normal
3. Normal
4. Normal
5. Normal

VISIÓN PERIFÉRICA

Evaluada **Si:** ☐ **No:** ☐

Grados	85°	70°	55°	Nasal
Derecho	Normal	Normal	Normal	Normal
Izquierdo	Normal	Normal	Normal	Normal

INTERPRETACIÓN	Lejos		Cerca	
Interpretación	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Agudeza Visual Normal	20/20	20/20	20/20	20/20
Refracción				
Corregido				

Interpretación	Normal	Anormal
Visión de Profundidad		
Percepción de Colores		
Forias		
Visión Periférica		

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

901127782-6

HISTORIA CLÍNICA VISIOMETRIA

FECHA: 2024-06-14 18:46:32

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

DIAGNOSTICO PPAL: Z100-EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1: Z010-EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2:

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3:

CONCEPTO : VISUAL

Cumple actualmente requerimiento Ocupacional **Si:** ☑ **No:** ☐

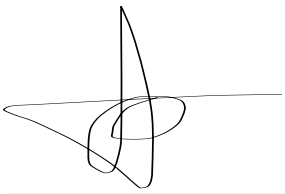
RECOMENDACIONES **Si:** ☐ **No:** ☑ Valoración por Optometria **Si:** ☐ **No:** ☐

Debe usar corrección para laborar **Si:** ☐ **No:** ☐ Se recomienda control de visiometria **En:** 6 **Meses**

Valoración por Oftalmologia

Observaciones:





SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE

ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

R.M. 0556

PACIENTE: CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON

C.C. 1083006263

Clinica de la Mujer S.A

NIT819000364-7

Impresión: 14/06/2024 18:30

INFORME DE RESULTADOS

Orden: 78043168523		**Fecha:** 14/06/2024 16:10	**Servicio :** CONSULTA EXTERNA
	Paciente	**Médico**	**Entidad**
Nombre	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON	No informado	SERVICIOS MEDICOS SAMB SAS
Dirección			CARRERA 24 No19-07
Teléfono			12457845
Documento	CC 1083006263 **Edad:** 28 Años **Fecha de Nac:** 1995-08-21	Historia: Pin: 9ew4ñ2	Nit: 901127782-6

Exámen		Resultado	Intervalo de Referencia
Hematología			
Cuadro Hematico Tipo IV			Técnica: Impedancía
Globulos Blanco			
WBC:		**6.1 10^9/L**	5 - 10 10^9/L
Linfocitos #:		**2.0 10^9/L**	0.8 - 4 10^9/L
Mid #:		**0.3 10^9/L**	0.1 - 0.9 10^9/L
Granulocitos #:		**3.8 10^9/L**	2 - 7 10^9/L
Linfocitos:		**33.0 %**	20 - 40 %
Mid:		**4.5 %**	3 - 9 %
Granulocitos:		**62.5 %**	50 - 70 %
Globulos Rojos			
RBC:		**4.22 10^12/L**	3.5 - 5.5 10^12/L
HGB:		**12.0 g/dL**	11 - 15 g/dL
HCT:		**37.1 %**	37 - 45 %
MCV:		**88.0 fL**	80 - 97 fL
MCH:		**28.4 pg**	26.5 - 36.5 pg
MCHC:		**32.3 g/dL**	31.5 - 35 g/dL
RDW:	*	**14.8 %**	11.5 - 14.5 %
Plaquetas			
PLT:		**288 10^9**	150 - 450 10^9
MPV:		**8.7 fL**	6.5 - 11 fL
PDW:		**15.5**	15 - 17
PCT:		**0.250 %**	

RECUENTO DIFERENCIAL MANUAL:
Neutrofilos: 65%
Linfocitos: 35%

Validado en: 14/06/2024 18:30

SHIRLEY DE JESUS MONTES MARTINEZ
Bacteriólogo Reg:0459

GAMMA Laboratorio Clínico	RESULTADOS LABORATORIO CLINICO	
	Dra. Enith Britto Hernandez	
	Nit.41549084-5	LG-FOR-008

Fecha:	14 de junio de 2024	Registro:	37694
Nombre:	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON	Edad:	28 años
ID:	CC 1083006263	Remisión:	particular

MICROBIOLOGIA

EXAMEN

Baciloscopia

Muestra estudiada: Esputo

Bacilos Acido Alcohol Resistentes (Baar)

Resultado: No se observaron Bacilos Acido Alcohol Resistentes en 100 campos observados.

Atte:

Laboratorio Clínico GAMMA
Dra. Enith Brito Hernández
Bacteriólogo Nit. 41549084-3

CARRERA 5 Nº 10C - 15 TEL: 4210790 - Celular: 304 364 1791
gammalaboratorioclinico1@gmail.com
Santa Marta – Magdalena
Colombia

CERTIFICADO PSICOLOGICO DE SALUD MENTAL

DELLIS ESTHER CHARRIS MADARIAGA psicóloga legalmente autorizada para ejercer su profesión

CERTIFICA:

Que habiendo practicado reconocimiento psicológico y examen mental el día 30 de noviembre del 2023 a las 9:00 a.m. al señor Carlos Andrés Retamozo obregón, con numero de cedula de ciudadanía 1083006263, lo encontré: CON ESTADO DE ALERTA CONCERVADO, SIN SIGNOS NI SINTOMAS DE DEPRESION NI ANSIEDAD, AUSENCIA DE ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCION Y NIVEL DE ENERGIA NORMAL.

Dicha evaluación se complementó mediante la revisión de pruebas psicológicas de test de personalidad, de inteligencia y de exploración de impulsividad y organicidad

Por lo anterior se establece que el señor Carlos Andrés Retamozo Obregón, no presenta ninguna alteración del estado mental.

FIRMA



Dellis Charris Madariaga
Psicóloga
TP 208394

Clinica de la Mujer S.A

NIT819000364-7

Impresión: 14/06/2024 18:30

INFORME DE RESULTADOS

Orden: 78043168523		**Fecha:** 14/06/2024 16:10	**Servicio :** CONSULTA EXTERNA
	Paciente	**Médico**	**Entidad**
Nombre	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON	No informado	SERVICIOS MEDICOS SAMB SAS
Dirección			CARRERA 24 No19-07
Teléfono			12457845
Documento	CC 1083006263 **Edad:** 28 Años **Fecha de Nac:** 1995-08-21	Historia: Pin: 9ew4ñ2	Nit: 901127782-6

Exámen	Resultado	Intervalo de Referencia

Especializados

CANNABINOIDES SEMICUANTITATIVA (Marihuana) Técnica: Inmunocromatografía

Resultado: **NEGATIVO**

Validado en: 14/06/2024 18:30

COCAINA

Resultado:

Validado en: 14/06/2024 18:30 **NEGATIVO**

Katiuska Bustamante R

Katiuska Milena Bustamante Rodríguez
Bacteriólogo Reg:39048215

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101064669	1

TOMADOR	**SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE**			NIT	**860.020.082-1**
DIRECCION	**CR 15 A NRO. 120 - 74**	CIUDAD	**BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT**	TELEFONO	**6196077**
ASEGURADO	**CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON**			CC	**1.083.006.263**
DIRECCION	**CARRERA 15A #4-28 CASA CARRERA 15A #4-28 LOS LAURELES DE BON**	CIUDAD	**SANTA MARTA, MAGDALENA**	TELEFONO	**3004445690**
BENEFICIARIO	**TERCEROS AFECTADOS**			NIT	**0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
11 / 06 / 2024	**14 / 06 / 2024**	**14 / 06 / 2025**	**14 / 06 / 2024**	**14 / 06 / 2025**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 400,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 400,000,000.00**		

DEDUCIBLES: º 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******400,000,000.00	PRIMA:	$ **********232,997.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********44,269.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********277,266.00

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 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: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11021103029056(3900)000000277266(96)20250614

REFERENCIA PAGO:
1102110302905-6

62-03-101064669

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

CLARASANABRIA

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101064669	1

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON			CC	1.083.006.263
DIRECCION	CARRERA 15A #4-28 CASA CARRERA 15A #4-28 LOS LAURELES DE BON	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3004445690
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR::SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION S.C.A.R.E.NIT:860.020.082-1

ASEGURADO:CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON

No. DE IDENTIFICACION:1083006263

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:DESDE LAS 24 HORAS DEL 14/06/2024 HASTA LAS 24 HORAS DEL 14/06/2025

UBICACION CONSULTORIO:NO

SINIESTRALIDAD:NO

BASE DE
COBERTURA: OCURRENCIA - Siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CONDICIONADO
GENERAL:FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- 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:$ 400.000.000

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: MEDICINA GENERAL

COBERTURAS:
1.AMPARO BASICO:

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.

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.

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

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101064669	1

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON			CC	1.083.006.263
DIRECCION	CARRERA 15A #4-28 CASA CARRERA 15A #4-28 LOS LAURELES DE BON	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3004445690
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

PARAGAFO: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extrapatrimoniales derivados de actos errneos (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.

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, formulacin 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.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURASUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO: 100% del limite asegurado por evento y vigencia
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS; 100% del limite asegurado por evento y vigencia
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% del limite asegurado por evento y vigencia

DEDUCIBLES:10% de la perdida - minimo 3SMMLV

PRIMA VIGENCIA
(IVA INCLUIDO):$ 277.266

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.

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.

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101064669	1

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON			CC	1.083.006.263
DIRECCION	CARRERA 15A #4-28 CASA CARRERA 15A #4-28 LOS LAURELES DE BON	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3004445690
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 inseminacin 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 condicin 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.

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 pliza 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 ms alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

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

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101064669	1

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON			CC	1.083.006.263
DIRECCION	CARRERA 15A #4-28 CASA CARRERA 15A #4-28 LOS LAURELES DE BON	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3004445690
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

23.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

24.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital 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 especiicas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.

29.Daños originados o relacionados con organismos patognos, conforme su definicin 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 martimas 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, omisin u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.

38.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:

I-La accion de energia atomica.

II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.

III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. 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.

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

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101064669	1

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON			CC	1.083.006.263
DIRECCION	CARRERA 15A #4-28 CASA CARRERA 15A #4-28 LOS LAURELES DE BON	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3004445690
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

39.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su caracter de funcionario o servidor publico segn 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 da 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 travs 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.Gastos judiciales y/o gastos de defensa por cualquier causa.
57.Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.
58.Procedimientos sin la autorizacin para realizacin de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes.
b) El (os) Medico(s) tratante(s) y
c) La Enfermera asistente o un testigo
59.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.
60.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.
61.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.
62.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 atencin en salud.
63.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.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101064669	1

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON			CC	1.083.006.263
DIRECCION	CARRERA 15A #4-28 CASA CARRERA 15A #4-28 LOS LAURELES DE BON	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3004445690
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

64.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.
65.EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: El seguro provisto por este acuerdo no se aplica a perdidas o gastos que surjan o contribuyan a uno o mas de los siguientes casos:
1. Perdida, alteracion o daño a, corrupcion o reduccion de la funcionalidad, disponibilidad u operacion de cualquier computadora, sistema informatico, sitio web o cualquier otro sistema electronico de datos, hardware, proceso, programa, software, datos, deposito de informacion, microchip, circuito integrado o dispositivo similar en equipos informaticos o no informaticos, ya sea propiedad del asegurado en la poliza del reasegurado o no;
2. Cualquier acceso o divulgacion de informacion confidencial, personal, de propiedad u otra informacion no publica de cualquier persona u organizacion en cualquier forma registrable, incluidos, entre otros, los gastos asociados con la notificacion, reparacion, mitigacion o prevencion de una violacion de seguridad; o,
3. Amenazas de extorsion, fraude y robo que involucren cualquier computadora, sistema informatico, software, proceso o programa informatico, sitio web o cualquier otro sistema de datos electronicos o cualquier informacion confidencial, personal, privada u otra informacion no publica.
65. Exclusion de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: SEGURESTADO no sera responsable de realizar ningun pago por Perdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:
1.el hecho de que el Asegurado no 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:
FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.
CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: Cuando el tomador y/o asegurado contrate polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.
No renovacin tacita o automatica: la poliza no sera renovada automaticamente, sino que, para efectos de su renovacion, el asegurado debera solicitar la renovacion con 30 das calendario de anticipacion al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGURESTADO presentara los terminos y condiciones de acuerdo con la evaluacion del riesgo que se efectue.
No se otorga restablecimiento del valor asegurado.
La presente poliza se expide como global para la actividad del cliente, bajo vigencias anualizadas, podra ser renovada o revocada, pero no se podran realizar movimientos de prorroga.
S.C.A.R.E sin costo alguno y bajo su propia responsabilidad, asumira la asistencia y defensa juridica por reclamaciones judiciales y extrajudiciales a traves de su equipo juridico del profesional de la salud asegurado bajo esta poliza, si asi lo consiente el profesional de la salud, siempre que el hecho por el cual se reclama haya ocurrido durante la vigencia de la poliza, lo anterior en un todo bajo el reglamento FEPASDE.
Terminos y Condiciones sujeto a confirmacion escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los ultimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo peticion y/o secuestro de Historias Clinicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.