FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

CC 6887576 *de* MONTERIA - CÓRDOBA

Realizó y aprobó el Curso Estrategia de Instituciones amigas de la mujer y la infancia integral IAMII 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2023-07-24
Fecha de vencimiento: 2025-07-24

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
Nombre abreviado	FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
Fecha de creación	26/08/2020 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	6887576
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Distrito Capital de Bogotá
Municipio	Bogotá

Información de contacto

Dirección	CALLE 152 B 104-50 TORRE 10 APTO 604
Código postal	
Teléfono de oficina	3212326561
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	malex1031@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	malex1031@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
Cargo	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **6.887.576**

PEÑA SALCEDO

APELLIDOS

FREDY FRANCISCO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-1962**

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

27-NOV-1980 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0115100-01327380-M-0006887576-20221104 **00889**39548A 1 9920786330

porvenir
sólo hay uno

538/

Bogotá D.C. 05 de julio 2024,

4288000003475562

Señor
FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
FFPENA62@GMAIL.COM

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL
CC: 6887576
T.N. N.A.
COR - BEN

Reciba un saludo cordial,

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud por Devolución de Saldos ha sido **APROBADA** por un valor de xxxxx, el cual corresponde a los aportes realizados en su cuenta individual de pensión obligatoria más los rendimientos generados.

El pago será abonado máximo al día siguiente de la entrega de esta comunicación a la cuenta bancaria reportada por usted del banco Davivienda S.A..

Recuerde que la obligación de cotizar en pensiones obligatorias cesa a partir del momento en que usted recibe el beneficio de la Devolución de Saldos[1].

Queremos manifestarle nuestro agradecimiento por habernos confiado la administración de sus aportes.[2] [3] [4]

Cordialmente,

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Pensionados y Pagos
LRR /S.B.P.
C.C. EXP. DV 665280

1. Artículo 17 de la Ley 100 de 1993. La obligación de cotizar cesa al momento en que el afiliado reúna los requisitos para acceder a la pensión mínima de vejez, o cuando el afiliado se pensione por invalidez o anticipadamente.

2. No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en porvenir no tienen costo, si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncie al 601 7434441 ext .77777 en Bogotá o ingresando a https://porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica.

3. Recuerde su clave de internet es personal e intransferible no la comparta con nadie y cámbiela mínimo 2 veces al año así protegerá sus datos y transacciones, conozca más información en: https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet.

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, identificado(a) con Documento No. 6,887,576, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Jul.04/24	DEVOLUCION_SALDOS	[redacted]

Así las cosas el(la) Señor(a) FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 09 días del mes de Diciembre de 2024.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **6887576** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 6887576
NOMBRES Y APELLIDOS	FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/07/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	270
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **24/01/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Fundonar Colombia

Universidad de La Sabana

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Certifican que:

Fredy Francisco Peña Salcedo

C.C. 6887576

Asistió y aprobó el curso **Gestión de la Donación con Fines de Trasplante**, con una duración total de 60 horas, ofertado por el Centro de Tecnologías para la Academia - CTA.

XIMENA ESCOBAR CHAVES
Directora Ejecutiva - Fundonar Colombia

YASBLEY SEGOVIA CIFUENTES
Directora - Centro de Tecnologías para la Academia

Abril 2021

20212210

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 6887576 **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 09/12/2024 11:42 AM

Código Verificación: **FU542PGBWV**

Válida hasta: **09/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C688757600215752
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) **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO**, identificado(a) con C.C. No. 6887576 y T.P. o R.M. No. 547/1994 del(a) Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla, 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 viernes 06 diciembre 2024 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
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

POLITECNICO DE®
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Con Documento de Identidad No 6887576

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

UCIA-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – JULIO – 06 DE 2021
Registrado en el Libro de Actas No 0020210706
CÓDIGO DE SEGURIDAD 210706S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solitictud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

POLITECNICO DE SURAMERICA®
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Con Documento de Identidad No 6887576

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN - FEBRERO - 12 DE 2024
Registrado en el Libro de Actas No 0020220412
CÓDIGO DE SEGURIDAD 220412S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

FREDY FRANCISCO PENA SALCEDO

CC 6887576 *de* MONTERIA - CÓRDOBA

Realizó y aprobó el Curso de Formalización continua del manejo del dolor

3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022

con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2023-07-24

Fecha de vencimiento: 2025-07-24

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

POLITECNICO DE SURAMERICA®
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Con Documento de Identidad No 6887576

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

ATENCIÓN A VÍCTIMAS CON AGENTES QUÍMICOS

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – ENERO – 04 DE 2022
Registrado en el Libro de Actas No 0020220104
CÓDIGO DE SEGURIDAD 220104S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

POLITECNICO DE®
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Con Documento de Identidad No 6887576

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

GESTIÓN DEL DUELO

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – DICIEMBRE – 14 DE 2021
Registrado en el Libro de Actas No 0020211214
CÓDIGO DE SEGURIDAD 211214S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo
matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

ICFES
LA EDUCACION SUPERIOR

SUBDIRECCIÓN DE MONITOREO Y VIGILANCIA

RESOLUCIÓN Nº. 0957 DE 20

(24 AGO. 2000)

Por la cual

Se convalida un título obtenido en el exterior

LA SUBDIRECTORA DE MONITOREO Y VIGILANCIA del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
ICFES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la ley 30 de 1992 y el decreto 2662 de 1999 y la resolución 274 de 2000 del ICFES

CONSIDERANDO :

Que FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 6.887.576 expedida en Montería (Córd.), presentó ante este instituto el título de MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL, otorgado el 23 de marzo de 2000, por la CAJA DE SEGURO SOCIAL –EL HOSPITAL REGIONAL "DR. RAFAEL HERNANDEZ L" - David, PANAMA para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 17769/2000;

Que los estudios fueron evaluados por la Universidad del Bosque con domicilio en Santafé de Bogotá;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL, otorgado el 23 de marzo de 2000, por la CAJA DE SEGURO SOCIAL –EL HOSPITAL REGIONAL "DR. RAFAEL HERNANDEZ L" - David, PANAMA, a FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 6.887.576 expedida en Montería (Córd.), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

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

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 24 AGO. 2000

LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirector (a) de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL
NOMBRE:
FIRMA:
C.C. No. 8749143500

10 SET. 2000

RESOLUCION NUMERO 0057 DE 20 HOJA No. 2

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL, otorgado el 23 de marzo de 2000, por la CAJA DE SEGURO SOCIAL –EL HOSPITAL REGIONAL "DR. RAFAEL HERNANDEZ L" - David, PANAMA, a FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 6.887.576 expedida en Montería (Córd.), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

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

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 24 AGO. 2000

LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirector (a) de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL
NOMBRE:
FIRMA:
C.C. Nº. 8749143300
18 SET. 2000

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

C.C.No. 6.887.576 de Montería

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

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

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

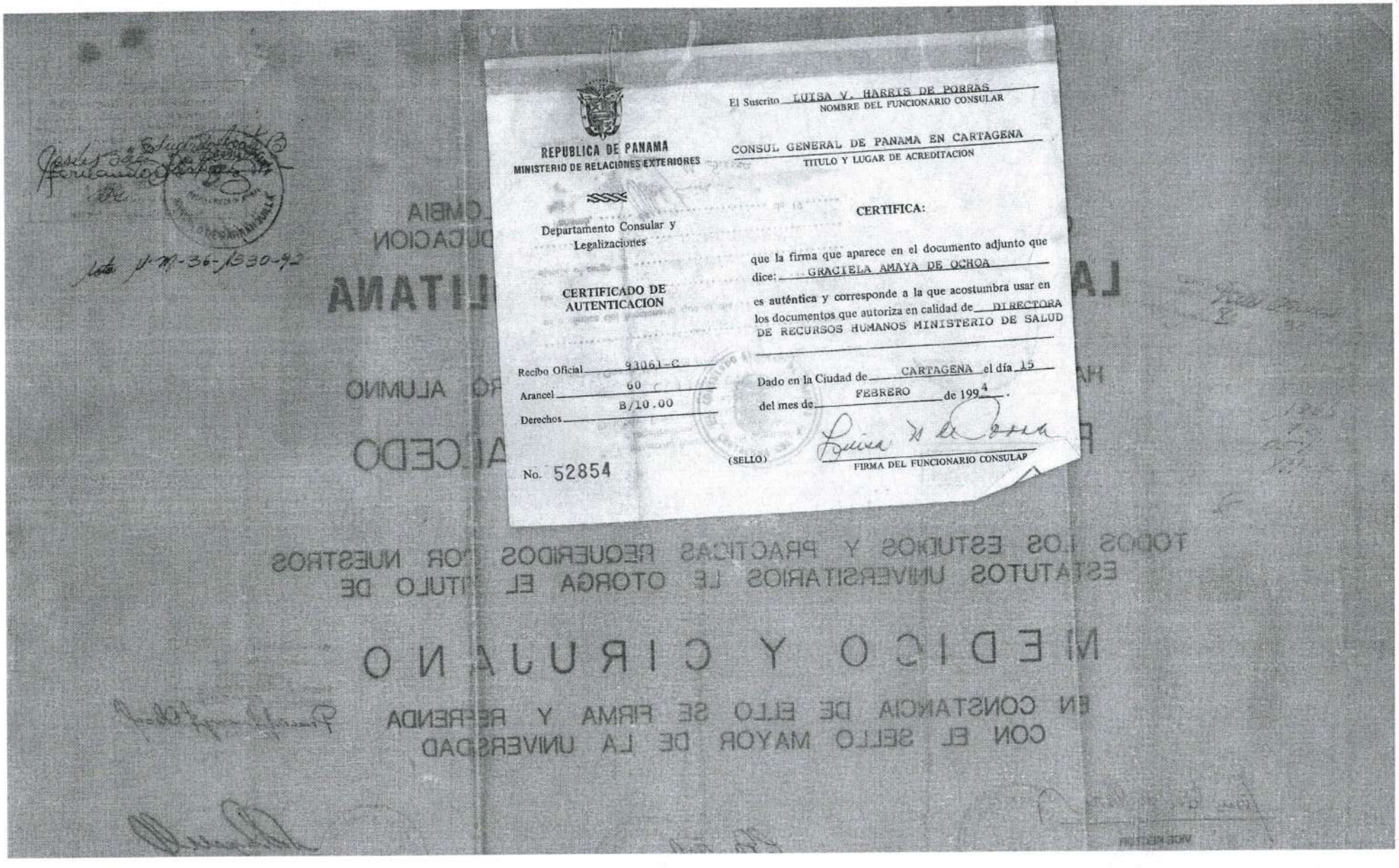
SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL

ANOTADO AL FOLIO 251 DEL LIBRO 72

DE REGISTRO DE DIPLOMA 7766

6287

21 DIA DEL MES De Agosto DEL AÑO 1992



El Suscrito LUISA V. HARRIS DE PORRAS
NOMBRE DEL FUNCIONARIO CONSULAR

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

CONSUL GENERAL DE PANAMA EN CARTAGENA
TITULO Y LUGAR DE ACREDITACION

Departamento Consular y Legalizaciones

CERTIFICA:

CERTIFICADO DE AUTENTICACION

que la firma que aparece en el documento adjunto que dice: GRACIELA AMAYA DE OCHOA

es auténtica y corresponde a la que acostumbra usar en los documentos que autoriza en calidad de DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS MINISTERIO DE SALUD

Recibo Oficial 93061-C

Arancel 60

Derechos B/10.00

Dado en la Ciudad de CARTAGENA el día 15

del mes de FEBRERO de 1994.

No. 52854

(SELLO)

FIRMA DEL FUNCIONARIO CONSULAR

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION No. 000547

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

En ejercicio de la delegacion conferida por resolucion No 0530 de octubre 11 de 1991 segun Facultad otorgada por el Decreto 3154 de 1968 y

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

Que FREDY FRANCISCO PENA SALCEDO c.c. No. 6.887.076

de MONTERIA ha solicitado el registro de su T I T U L O

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

Que le otorgo LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

21 DE AGOSTO DE 1992

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaria de Educacion de ATLANTICO

Al folio 031 del libro 72 de 2 DE DICIEMBRE DE 1993

QUE CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DE CORDOVA

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Autoriza a FREDY FRANCISCO PENA SALCEDO

para ejercer la profesion MEDICO Y CIRUJANO

en el territorio nacional

COMUNIQUESE PUBLIQUESE Y CUMPLASE 24 ENE. 1994

GRACIELA ANAYA DE OCHOA
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

GLADYS LEONOR LEAL BERNAL
SECRETARIA AD HOC

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

El Suscrito LUISA V. HARRIS DE PORRAS
NOMBRE DEL FUNCIONARIO CONSULAR

CONSUL GENERAL DE PANAMA EN CARTAGENA
TITULO Y LUGAR DE ACREDITACION

Departamento Consular y Legalizaciones

CERTIFICA:

CERTIFICADO DE AUTENTICACION

que la firma que aparece en el documento adjunto que dice: GRACIELA AMAYA DE OCHOA

es **auténtica** y corresponde a la que acostumbra usar en los documentos que autoriza en calidad de REPRESENTE DEL MINISTRO DE SALUD.

Recibo Oficial 93061-C

Arancel 60 CERTIFICA:

Derechos B/10.00

Dado en la Ciudad de CARTAGENA el día 15 del mes de FEBRERO de 1994.

No. 52855

(SELLO)

FIRMA DEL FUNCIONARIO CONSULAR

República de Panamá

La Caja de Seguro Social,

El Hospital Regional "Dr. Rafael Hernández L".

Y

La Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá

Certifican Que:

Dr. Fredy Francisco Peña Salcedo

Cursó y aprobó satisfactoriamente durante un período de 4 años

El programa de Residencia que lo acredita como médico especialista en

~ Cirugia General ~

Desde 1º de Febrero de 1996 hasta 1º de Febrero del 2,000

En testimonio de la cual se expide el presente certificado con el sello de la Institución.

Dado en la ciudad de David, República de Panamá, a los 23 días del mes de Marzo del 2000

Decano de la Facultad de Medicina — Jefe de ~~Servicio o Departamento~~ — Director de Docencia e Investigación — Director Médico del H.R.H.L.

POLITECNICO DE®
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Con Documento de Identidad No 6887576

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – MARZO – 14 DE 2021
Registrado en el Libro de Actas No 0020210314
CÓDIGO DE SEGURIDAD 210314S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solitictud al correo
matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

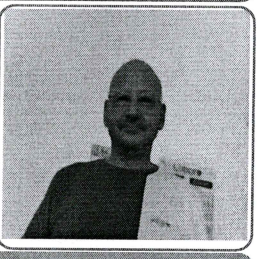
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **09/12/2024 14:41:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO**

Cargo **CIRUJIA GENERAL Y CUIDADOS INTESIVOS** Doc. Identidad **CC 6887576**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

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

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

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

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

RECOMENDACION ESPECIFICA:

** TRABAJADOR DEBE HACER USO DE LENTES CON CORRECCIÓN OPTICA DURANTE LA JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA.

** CONTINUAR CONTROLES PERIODICOS EN PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SU EPS POR PATOLOGIA DE BASE.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: FREDY FRANCISCO PEÑA
CC 6887576
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: FREDY FRANCISCO PEÑA
CC 6887576
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

El(la) suscrito(a) **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO** identificado con C.C./C.E./P.P No. 6.887.576 expedida en **MONTERIA (COR)**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, del mes Febrero del 2025

Firma
Nombre Fredy Peña M.
Cédula 6887576

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	2024-12-09 10:47

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
FREDY	FRANCISCO	PEÑA	SALCEDO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	6887576

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CÓRDOBA	Municipio	MONTERÍA

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	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

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:

HJMB
HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FINC4F
VERSION: 002
FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Fredy Fonseca Peña

Sexo: M | X | F

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E T.I R.C PP	6.887.576	Mantequa	

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

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
02 07 1962	Mantequilla	Calle 18 #21-139	Magdalena	Santa Ma

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Malex1031@hotmail.com		

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Es declarante? SI NO

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez



5. FIRMA Y HUELLA

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

_____
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Peña	Salcedo	Fredy Francisco

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 6887576	F ○ M ⊗	COL. ○ EXTRANJERO ○	

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO 6887576 D.M. 26

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 02 MES 07 AÑO 1962				
PAÍS		PAÍS		DEPTO	
DEPTO		MUNICIPIO			
MUNICIPIO		TELÉFONO		EMAIL	ffpena62@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	
POSTGRADO	8	X		CIRUGIA GENERAL	12	1999	547-94
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	1991	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL SAN MARCOS - SUCRE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SAN MARCOS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3122045701	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA CIRUJANO	*DEPENDENCIA* AREA DE CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 22 20 22 SAN MARCOS SUCRE					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO CARDIOLOGICO DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2385797	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	21	*Mes*	02	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA CUIDADO IN	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDAD INTENSIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 71B 51 9 barrio normandia					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6017300000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA UCI	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDAD INTENSIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 24C 57 44 SUR fontibon					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL TRANSITO DE TOCANCIPA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 60186987	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* AREA DE CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 12 34 TOCANCIPA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6013725060	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	05	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESP. EN CIRUGIA GENERAL	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDAD INTENSIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 23 23 SUR					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ DE BELLO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* BELLO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4549000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2012	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 44 49B 90 La Estacion						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA CRUZ -PUERTO BERRIO-EN LIQUIDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PUERTO BERRÍO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8333434	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2009	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 7 48 3						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR - APARTADO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* APARTADÓ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3137883368	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	03	*Año* 2005	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 100 103A 1						

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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE SANFRANCISCO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 15190707	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	02	*Mes*	02	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA UCI	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDICA						*DIRECCIÓN* CALLE 16 16 8080 barrio los martires					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA JUAN N CORPAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6865000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	12	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 111 159A 61 SUBA BOGOTA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA MERCED -LA MERCED			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CIUDAD BOLÍVAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8411182	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 49 36 298 Bolivar					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SANTA FÉ DE ANTIOQUIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8531020	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 1 10 101 santafe antioquia					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL CESAR URIBE PIEDRAHITA -CAUCASIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAUCASIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3201210	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2015	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 1A 100 Barrio el Man					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	12	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	19	11

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 D.T.C.H. Enero 2025

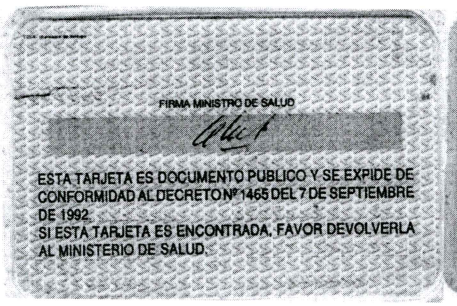
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FIRMA MINISTRO DE SALUD

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Registro Nº 547/94
Firma Medico
Nombres y Apellidos
FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
C.C. C 6887576 De MONTERIA
Universidad
METROPOLITANA
Ciudad
BARRANQUIL
04872/
Fecha de Expedición 08/26/94



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Profesional Odontológica
6887576
PERTENECE AL EJERCITO DE
1A. LINEA 2A. LINEA 3A. LINEA
31-DIC. 92 31-DIC. 02 31-DIC. 12
APELLIDOS Y NOMBRES
PEÑA SALCEDO
FREDY FRANCISCO
UM BIGIR ESP. MIL FUSILERO
PROFESION MEDICO CIRUJA



INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha	Oficina radicación	Número de cotización	Número de póliza	Documento
MEDELLIN, 2024-12-10	4034 - SUCURSAL SAN FERNANDO 2	03041230241209559707	900001278918	EXPEDICIÓN POLIZA NUEVA

Vigencia del seguro		Días de vigencia del seguro
Desde las 24:00 horas del 2024-12-09	Hasta las 24:00 horas del 2025-12-09	365

Moneda
COP

ASESOR

Nombre	Código
ANA MARIA GIL HURTADO	41916

TOMADOR

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Tomador principal	Calidad Tomador	Dirección de correspondencia
FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO	CEDULA DE CIUDADANIA	6887576	✓	En nombre propio	carrera 37 a # 15 b 50

Actividad económica del tomador principal
ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN



RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación
FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO	CEDULA DE CIUDADANIA	6887576

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Cirujano General- | Valor asegurado: $800.000.000

Fecha de retroactividad: 09/12/2024

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

CONDICIONES PARTÍCULARES

Cláusulas

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

Cláusula gastos de defensa en procesos penales

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

Ampliación del término de revocación de la póliza

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

Clausula de liderato

El presente seguro lo otorga SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y lo suscribe(n) también la(s) Compañía(s) Coaseguradora(s), de acuerdo con la distribución de riesgo y de prima que se indica a continuación: Por pacto expreso, las obligaciones de las Compañías para con el Asegurado no son solidarias. La administración y atención de la póliza corresponde a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A, la cual recibirá del Asegurado la prima total para distribuirla entre las Compañías Coaseguradoras en las proporciones indicadas anteriormente. En los siniestros SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A pagará únicamente la participación porcentual señalada anteriormente y además, una vez recibida la participación correspondiente de las otras Compañías, la entregará al Asegurado sin que en ningún momento se haga responsable de un porcentaje mayor al de su participación. Igualmente, las Compañías Coaseguradoras manifiestan que conocen y aceptan tanto las Condiciones Generales como las Particulares de la póliza y los demás anexos suscritos por la SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Clausula de compensación

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

Condición de la póliza

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

Pago de las primas

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

Ubicación de predios

XXXXXXXXXX

Modalidad de cobertura

Claims made o reclamación

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

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

Único valor asegurado

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

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática.

Exclusiones

Exclusión de servicios médicos prestados en el exterior

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

Exclusión operación de bancos de sangre

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

Exclusión de gastos médicos

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

Exclusión responsabilidad civil de directores y administradores

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

Exclusión ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

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

Exclusión productos inseguros - defectuosos

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

Exclusión de sangre infectada

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de sangre infectada

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

VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD				
Tasa 1,0029%o	Valor asegurado $800.000.000	Valor a pagar $802.300	Valor IVA $152.437	Valor total a pagar $954.737
			Valor total a pagar más IVA	**$954.737**

VALOR A PAGAR DEL SEGURO			
Solución RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	Valor a pagar $802.300	Valor IVA $152.437	Valor total a pagar $954.737
VALOR TOTAL	**$802.300**	**$152.437**	**$954.737**



ASESORES

Código	Nombre del asesor principal	Lider
41916	ANA MARIA GIL HURTADO	✓

CONDICIONES GENERALES

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

Textos y aclaraciones del movimiento

Las asistencias de la póliza serán prestadas por Operaciones Generales Suramericana S.A.S. en todo caso Seguros Generales Suramericana S.A. será responsable frente al consumidor financiero.

DEFINICIONES

SMMLV
Salario mínimo mensual legal vigente.

SMDLV
Salario mínimo diario legal vigente.

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

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

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

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

Firma autorizada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Santa Marta D.T.C.H., Enero del 2025

Doctora

Nora Elvira Anillo Romero

GERENTE (e)

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Yo **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO** identificado con la cedula de ciudadanía Nº **6.887.576** de Monteria - cordoba, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios como **MEDICO GIRUJANO ESPECIALISTA GIRUGIA GENERAL.** Con alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmado las metas y objetivos encomendados por la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias realizadas en la labor medica, donde lo requiera el ente.

Agradeciendo su amable colaboración.

Cordialmente,

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
CC 6.887.576 de Monteria

DIRECCION: CALLE 18 # 21-139
TEL: 323 2338727.

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **6887576**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
1	6887576	PEÑA	SALCEDO	FREDY	FRANCISCO

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barren

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
CALLE 42 # 52-186 PISO 8 CAD LA ALPUJARRA
CONMUTADOR: 385 80 00 FAX: 262 11 34 A.A. 50946
PÁGINA WEB www.dssa.gov.co

MEDELLIN , Septiembre12 de 2005

EL AUXILIAR DE VIGILANCIA Y CONTROL

HACE CONSTAR QUE

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Identificado(a) con la cédula Nro : 6,887,576 de MONTERIA
se encuentra inscrito(a) en la DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA,
mediante resolución Nro : 000547 expedida el 24/01/1994 , por
EL MINISTERIO DE SALUD , que lo autoriza para ejercer en el
territorio nacional como : MEDICO Y CIRUJANO 0547/94

LUIS SALVADOR OSPINA S.

LSOS

ANTIOQUIA NUEVA, un hogar para la vida

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 *

6887576

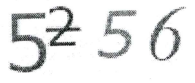
Primer Nombre

fredy

Primer Apellido

peña

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3143

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-01-18→10:34:43 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	6887576	FREDY	FRANCISCO	PEÑA	SALCEDO	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) FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO identificado(a) con CC 6887576 registra La siguiente información:

2025-01-18→10:34:43 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Extranjero	Cirugía General	2000-08-24	16836	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	1994-01-24	547	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación
Presto SSO	Local	COLOMBIA|CÓRDOBA|MONTERÍA	1992-09-09	1993-09-09	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).

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141148912081

(415)7707212489984(8020) 000014114891208 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 8 8 7 5 7 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEÑA	SALCEDO	FREDY	FRANCISCO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CR 37 A 15 B 50 AP 1703

42. Correo electrónico malex1031@hotmail.com

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

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 0 0 0 2 0 1	8 6 9 2	2 0 2 0 0 8 1 1				2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 1 6 2 2 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	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

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 PEÑA SALCEDO FREDY FRANCISCO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 06-12-2024 01:43:35PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Clínica San Francisco de Asís

NIT 900.613.550 – 5

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) **PEÑA SALCEDO FREDY FRANCISCO** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No6.887.576**, presta sus servicios en nuestra institución mediante contrato por prestación de servicios como **CIRUJANO GENERAL** desde el 20 de febrero de 2021. *Hasta la fecha*

Se expide la presente a solicitud del(a) interesado(a) a los dos (2) días del mes de febrero de 2022.

Cordialmente,

Andrea Patricia Rodríguez Suarez
Coordinadora talento humano
Clínica San Francisco de Asís

DE LA EMPRESA SOCIALDEL ESTADO HOSPITAL LA CRUZ
DEL MUNICIPIO DE PUERTO BERRIO

H A C E C O N S T A R:

Que FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, identificado con Cedula N°. 6 887 576 expedida en Montería, realiza contratos por prestación de Servicios como profesional Medico Cirujano desde el 1 de julio de 2009 hasta el 31 de diciembre 2009, valor del contrato $ 147.200.000.00

La anterior certificación se expide por solicitud de Coomeva Financiera

Para constancia se firma en Puerto Berrío, a los diecisiete (17) días del mes de siembre de 2009.

HOSPITAL LA CRUZ
E.S.E.
Puerto Berrío
GERENTE

JAIR HUMBERTO SANCHEZ MORA
Gerente
E.S.E HOPITAL LA CRUZ

Powered by CamScanner

CENTRO
CARDIOVASCULAR
COLOMBIANO
NIT 900.284.591 - 4

CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO SAS
NIT 900.284.591-4

CERTIFICAMOS

Que el Doctor **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO** identificado con cédula de ciudadanía No. 6.887.576 de Monteria, realizó actividades como **MÉDICO CIRUJANO GENERAL** bajo la modalidad de contrato por prestación de servicios Profesionales desde el 01 de Julio de 2023 hasta el 21 de febrero de 2024.

La presente certificación se expide con destino al interesado a los 21 dias del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

WILLIAM J. AMAYA RAMÍREZ
Centro Cardiovascular Colombiano SAS
900.284.591-4

Proyecta. Efrain Casas Jiménez - Juridica.

Carrera 71 B # 51 – 09 - Bogotá – Colombia
Teléfono: 3 28 57 97 - 301 227 93 50
Email: administracion@cencardio.com

FAMY-SALUD
Contribuyendo al crecimiento empresarial
NIT. 900.919.231-5

Medellín, 14 de julio de 2020

ASOCIACION SINDICAL DE SALUD DE ANTIOQUIA FAMY-SALUD
CERTIFICA

Que el señor FREDDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, identificado con Cédula de Ciudadanía Nº 6887576, es asociado de la Asociación Sindical FAMY- SALUD y se desempeñó como afiliado participe en cumplimiento del contrato sindical en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del Municipio de Santa fe de Antioquia, a partir del 01 de marzo del 2018 al 30 de junio de 2018. Desempeñándose como CIRUJANO.

Se expide este certificado a solicitud del interesado.

FAMY-SALUD
Contribuyendo al crecimiento empresarial
NIT. 900.919.231-5

MARIA PATRICIA ARCILA JARAMILLO.
PRESIDENTE

SINDISALUD
ASOCIACIÓN SINDICAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
... Apoyando La Salud y El Bienestar ...
NIT. 900452491-7

Medellín, 14 de Julio de 2020

ASOCIACION SINDICAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

-SINDISALUD-

CERTIFICA

Que el señor FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 6.887.576, se encuentra inscrito como asociado de SINDISALUD. En su desempeño como afiliado participe sin subordinación, cumplió labores en el cargo de CIRUJANO, desde el 01 de Septiembre de 2017 hasta el 31 de Agosto de 2018, lo anterior en desarrollo de diferentes contratos sindicales suscritos entre SINDISALUD y la E.S.E Hospital La Merced de Ciudad Bolívar Antioquia.

Se expide este certificado a solicitud del interesado y dirigido a: QUIEN PUEDA INTERESAR

JOANY ALBERTO LOPEZ GALLO
Presidente – SINDISALUD -

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO; con documento de identidad No, 6887576 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2020	5955-2020	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	03/09/2020	30/11/2020	$20460000	SUBRED
2	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	44313	44592	$22056840	SUBRED
3	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	27/04/2021	31/01/2022	$22056840	SUBRED
4	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	44313	44592	$22056840	SUBRED
5	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	27/04/2021	31/01/2022	$22056840	SUBRED
6	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	27/04/2021	31/01/2022	$22056840	SUBRED
7	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	27/04/2021	31/01/2022	$22056840	SUBRED
8	2022	3198-2022	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	01/02/2022	31/01/2023	$160711220	SUBRED
9	2023	952-2023	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	01/02/2023	30/11/2023	$16119876	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO

1 » Contrato: **5955-2020**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según

Copia Controlada Subred Suroccidente

requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto contratado y en cumplimiento del convenio 0013-2020 suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente y cuyo objeto es Anuar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros con el objetivo de garantizar la prestación de servicios de salud en la red hospitalaria en la ciudad de Bogotá como parte de la respuesta ante la emergencia sanitaria caudada por el Coronavirus (COVID-19).Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 0013-2020

2 » Contrato: **5685-2021**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

3 » Contrato: **5685-2021**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

4 » Contrato: **5685-2021**

Copia Controlada
Sin firma y rúbrica no tiene validez

Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

5 » Contrato: **5685-2021**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

6 » Contrato: **5685-2021**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el

Copia certificada
Subred Suroccidente

cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

7 » Contrato: **5685-2021**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

8 » Contrato: **3198-2022**
Obligaciones:

=VLOOKUP(B3090,'[1]2022 consolidado'!$E:$AF,28,0)

9 » Contrato: **952-2023**
Obligaciones:

1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 4) Participar en la programación de actividades del área. 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran. 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 18) Apoyar a la

Copia Controlada
Subred Suroccidente

Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los cinco(5) días del mes de Diciembre de 2023, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,

INGRIT LINETH VASQUEZ CELY
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN
SUBGERENCIA CORPORATIVA

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Generado por: Freddy Francisco PeÑa Salcedo

Cameint

NIT. 900.621.997

CORPORACIÓN PARA LA CALIDAD Y ATENCIÓN EN MEDICINA INTENSIVA CAMEINT

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N.º **6.887.576** de **Montería**, presto sus servicios a la Corporación para la Calidad y Atención en Medicina Intensiva –CAMIENT- identificada con NIT No. 900.621.997-7, bajo las siguientes condiciones:

Fecha de Inicio	: 23 de febrero de 2021
Fecha de finalización	: 05 de marzo de 2023
Contrato	: Prestación de Servicios
Proceso:	: Cuidado Intermedio
Lugar de Ejecución de Procesos	: Centro Policlínico el Olaya

Se expide a solicitud del interesado (a) a los seis (06) días del mes de marzo de 2023.

Atentamente,

Carlos Jaime Hurtado

Carlos Jaime Hurtado Hurtado
Representante Legal

salud
Ministerio de Salud
Panamá

75-C.T.

A QUIEN CONCIERNE

El suscrito Director General de Salud y Secretario del Consejo Técnico de Salud, a solicitud de parte interesada;

C E R T I F I C A :

Que el **DR. FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO**, de nacionalidad colombiana realizó la especialidad en **CIRUGIA GENERAL**, en calidad de residente-becario en el Hospital Regional "Dr. Rafael Hernández L.", Caja de Seguro Social, Institución reconocida por este Ministerio para realizar especialidades Médicas a nivel hospitalario.

El Dr. Peña Salcedo, realizó cuatro (4) años de Residencia en **CIRUGIA GENERAL** durante el período del 1° de febrero de 1996 al 1° febrero del 2000, de acuerdo a lo establecido en los Programas de Residencias aprobadas por el Consejo Técnico de Salud.

Dado en la ciudad de Panamá, a los cuatro días del mes de abril del dos mil.

DR. ESTEBAN MORALES VAN KWARTEL 1B

REPUBLICA DE PANAMA
Secretaría del Consejo Técnico de Salud
MINISTERIO DE SALUD

Elvia M.

El infrascrito funcionario de Legalizaciones del Ministerio de Relaciones Exteriores debidamente autorizado para este acto

CERTIFICA:

Que la firma que antecede y que dice:

ESTEBAN MORALES VAN KWARTEL

es auténtica del funcionario que el día 4

de ABRIL *año* 2.000

ejercía el cargo de DIRECTOR GENERAL DE SALUD

PUBLICA.MINISTERIO DE SALUD.

Panamá 6 *de* ABRIL *año* 2.000

Autenticación Nº. lB/edo.g.

Firma del funcionario

Licdo. Eligio Ocaña
Director General de Autenticaciones
y Legalizaciones
Ministerio de Relaciones Exteriores

Este Ministerio no asume responsabilidad en cuanto al contenido del documento.

Cameint

NIT. 900.621.997

CORPORACIÓN PARA LA CALIDAD Y ATENCIÓN EN MEDICINA INTENSIVA CAMEINT

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N.º **6.887.576** de **Montería**, presto sus servicios a la Corporación para la Calidad y Atención en Medicina Intensiva –CAMIENT- identificada con NIT No. 900.621.997-7, bajo las siguientes condiciones:

Fecha de Inicio	: 23 de febrero de 2021
Fecha de finalización	: 05 de marzo de 2023
Contrato	: Prestación de Servicios
Proceso:	: Cuidado Intermedio
Lugar de Ejecución de Procesos	: Centro Policlínico el Olaya

Se expide a solicitud del interesado (a) a los seis (06) días del mes de marzo de 2023.

Atentamente,

Carlos Jaime Hurtado

Carlos Jaime Hurtado Hurtado
Representante Legal

BOGOTÁ | DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Bogotá D.C. 10 de noviembre de 2020

DE: RODOLFO DUARTE CELY
Líder Asistencial – Unidad de Servicios de Salud Fontibón

PARA: QUIEN INTERESE

ASUNTO: Certificacion Actividades Fredy Francisco peña salcedo

De la manera mas atenta y para fines pertinentes me permito certificar que Fredy Francisco peña salcedo identificado con CC 6.887.870 Medico especialista en Cirugia general realiza actividades en Unidad de Cuidado Intensivo en Unidad Fontibon de la Subred Integrada de Servicios de Salud desde el 03 de Septiembre de 2020 a la fecha.

Atentamente,

RODOLFO DUARTE CELY
Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista Epidemiologia Universidad del Rosario
Líder Asistencial UMHE Fontibon-Bosko
Subred Integrada De Salud Sur Occidente E.S.E

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

C.C o C.E 6887576

Profesión u Ocupación

MEDICO Y CIRUJANO

Especialidad

CIRUGIA GENERAL

Institución de Educación

U. METROPOLITANA

Ciudad BARRANQUILLA

Fecha de expedición diploma 21/08/1992

Fecha de inscripción RETHUS 29/12/2016



CMC2017-17673

Firma



Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007
y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada,
favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org

www.ideas.com

Certificado Digital de Vacunación contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

6887576

Fecha nacimiento / Date of birth

02/07/1962

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	Refuerzo

Lote / Vaccine Batch

EN1195	EN1195	017J21A

Vacuna / Vaccine

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	MODERNA SWITZERLAND GMBH

Centro vacunador / Administering Center

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

03/03/2021	24/03/2021	25/11/2021

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

JG6K2ZI2JD2XV673LFJS4ZI7SU75JMKDVMJGM2U3KLHMGL52I75A	777EPYHH4NBTFIET5IWTG7MWYAUG4LEOPWP4773C4OIIA5FQX55A	J2MGBKPB643LQNQBJC35G7YDG4VDTFHOHMBKC2EREUT5MJ5YU3VQ

Fecha de emisión del documento / Document issued

11/03/2022	11/03/2022	11/03/2022

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

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

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

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

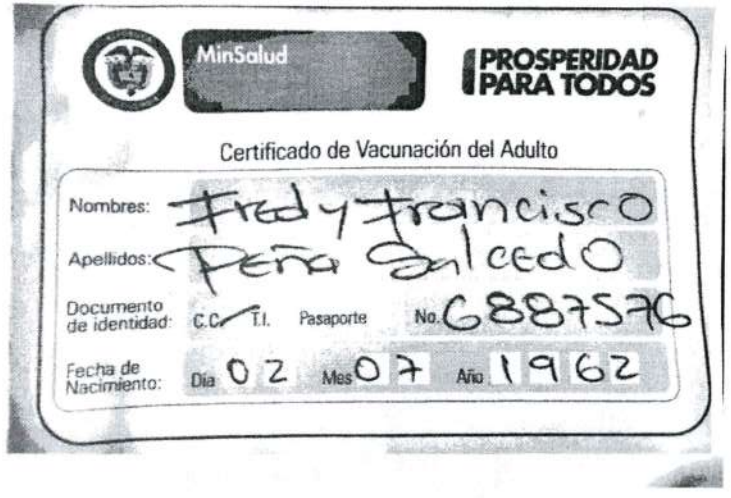
Ver certificado en MiVacuna

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

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

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

View certificate in MiVacuna



MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Fredy Francisco

Apellidos: Peña Salcedo

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 6887576

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 07 Año 1962

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	22/05/2004	084007C	
	2	25/04/2007	T315 NOVAL	
	3	05/02/2013	[illegible]	
	4	04-02-2016	KA73648 sanofi	
	5			
Contra Hepatitis B	1	13-12-2016	KA84026A NOVAL	
	2	20-01-2017	231085501	
	3	30-07-2017	[illegible]	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	23-04-13	12571602 Sanofi	
	1	05-11-2015	VE01020 Sanofi	
Virus de Papiloma Humano				
	DT 08-NOV-2012		CM118745	

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Bogotá D.C. 10 de noviembre de 2020

DE: RODOLFO DUARTE CELY
Líder Asistencial – Unidad de Servicios de Salud Fontibón

PARA: QUIEN INTERESE

ASUNTO: Certificación Actividades Fredy Francisco peña salcedo

De la manera mas atenta y para fines pertinentes, me permito certificar que Fredy Francisco peña salcedo, identificado con CC. 6.887.376 Medico especialista en Cirugía general realiza actividades en Unidad de Cuidados Intensivo en Unidad Fontibón de la Subred Integrada de Servicios de Salud desde el 03 de Septiembre de 2020 a la fecha.

Atentamente

RODOLFO DUARTE CELY
Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista Epidemiología Universidad del Rosario
Líder Asistencial UMHE Fontibon-Boston
Subred Integrada De Salud Sur Occidente E S E

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

CC 6887576 *de* MONTERIA - CÓRDOBA

Realizó y aprobó el Curso Estrategia de Instituciones amigas de la mujer y la infancia integral IAMII 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2023-07-24
Fecha de vencimiento: 2025-07-24

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
Nombre abreviado	FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
Fecha de creación	26/08/2020 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	6887576
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Distrito Capital de Bogotá
Municipio	Bogotá

Información de contacto

Dirección	CALLE 152 B 104-50 TORRE 10 APTO 604
Código postal	
Teléfono de oficina	3212326561
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	malex1031@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	malex1031@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
Cargo	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **6.887.576**

PEÑA SALCEDO

APELLIDOS

FREDY FRANCISCO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-1962**

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

27-NOV-1980 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0115100-01327380-M-0006887576-20221104 **00889**39548A 1 9920786330

porvenir
sólo hay uno

538/

Bogotá D.C. 05 de julio 2024,

4288000003475562

Señor
FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
FFPENA62@GMAIL.COM

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL
CC: 6887576
T.N. N.A.
COR - BEN

Reciba un saludo cordial,

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud por Devolución de Saldos ha sido **APROBADA** por un valor de xxxxx, el cual corresponde a los aportes realizados en su cuenta individual de pensión obligatoria más los rendimientos generados.

El pago será abonado máximo al día siguiente de la entrega de esta comunicación a la cuenta bancaria reportada por usted del banco Davivienda S.A..

Recuerde que la obligación de cotizar en pensiones obligatorias cesa a partir del momento en que usted recibe el beneficio de la Devolución de Saldos[1].

Queremos manifestarle nuestro agradecimiento por habernos confiado la administración de sus aportes.[2] [3] [4]

Cordialmente,

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Pensionados y Pagos
LRR /S.B.P.
C.C. EXP. DV 665280

1. Artículo 17 de la Ley 100 de 1993. La obligación de cotizar cesa al momento en que el afiliado reúna los requisitos para acceder a la pensión mínima de vejez, o cuando el afiliado se pensione por invalidez o anticipadamente.

2. No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en porvenir no tienen costo, si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncie al 601 7434441 ext .77777 en Bogotá o ingresando a https://porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica.

3. Recuerde su clave de internet es personal e intransferible no la comparta con nadie y cámbiela mínimo 2 veces al año así protegerá sus datos y transacciones, conozca más información en: https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet.

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, identificado(a) con Documento No. 6,887,576, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Jul.04/24	DEVOLUCION_SALDOS	[redacted]

Así las cosas el(la) Señor(a) FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 09 días del mes de Diciembre de 2024.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **6887576** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 6887576
NOMBRES Y APELLIDOS	FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/07/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	270
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **24/01/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Fundonar Colombia

Universidad de La Sabana

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Certifican que:

Fredy Francisco Peña Salcedo

C.C. 6887576

Asistió y aprobó el curso **Gestión de la Donación con Fines de Trasplante**, con una duración total de 60 horas, ofertado por el Centro de Tecnologías para la Academia - CTA.

XIMENA ESCOBAR CHAVES
Directora Ejecutiva - Fundonar Colombia

YASBLEY SEGOVIA CIFUENTES
Directora - Centro de Tecnologías para la Academia

Abril 2021

20212210

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 6887576 **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 09/12/2024 11:42 AM

Código Verificación: **FU542PGBWV**

Válida hasta: **09/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C688757600215752
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) **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO**, identificado(a) con C.C. No. 6887576 y T.P. o R.M. No. 547/1994 del(a) Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla, 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 viernes 06 diciembre 2024 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
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

POLITECNICO DE®
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Con Documento de Identidad No 6887576

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

UCIA-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – JULIO – 06 DE 2021
Registrado en el Libro de Actas No 0020210706
CÓDIGO DE SEGURIDAD 210706S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solitictud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

POLITECNICO DE SURAMERICA®
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Con Documento de Identidad No 6887576

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN - FEBRERO - 12 DE 2024
Registrado en el Libro de Actas No 0020220412
CÓDIGO DE SEGURIDAD 220412S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

FREDY FRANCISCO PENA SALCEDO

CC 6887576 *de* MONTERIA - CÓRDOBA

Realizó y aprobó el Curso de Formalización continua del manejo del dolor

3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022

con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2023-07-24

Fecha de vencimiento: 2025-07-24

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

POLITECNICO DE SURAMERICA®
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Con Documento de Identidad No 6887576

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

ATENCIÓN A VÍCTIMAS CON AGENTES QUÍMICOS

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – ENERO – 04 DE 2022
Registrado en el Libro de Actas No 0020220104
CÓDIGO DE SEGURIDAD 220104S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

POLITECNICO DE®
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Con Documento de Identidad No 6887576

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

GESTIÓN DEL DUELO

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – DICIEMBRE – 14 DE 2021
Registrado en el Libro de Actas No 0020211214
CÓDIGO DE SEGURIDAD 211214S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo
matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

ICFES
LA EDUCACION SUPERIOR

SUBDIRECCIÓN DE MONITOREO Y VIGILANCIA

RESOLUCIÓN Nº. 0957 DE 20

(24 AGO. 2000)

Por la cual

Se convalida un título obtenido en el exterior

LA SUBDIRECTORA DE MONITOREO Y VIGILANCIA del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
ICFES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la ley 30 de 1992 y el decreto 2662 de 1999 y la resolución 274 de 2000 del ICFES

CONSIDERANDO :

Que FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 6.887.576 expedida en Montería (Córd.), presentó ante este instituto el título de MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL, otorgado el 23 de marzo de 2000, por la CAJA DE SEGURO SOCIAL –EL HOSPITAL REGIONAL "DR. RAFAEL HERNANDEZ L" - David, PANAMA para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 17769/2000;

Que los estudios fueron evaluados por la Universidad del Bosque con domicilio en Santafé de Bogotá;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL, otorgado el 23 de marzo de 2000, por la CAJA DE SEGURO SOCIAL –EL HOSPITAL REGIONAL "DR. RAFAEL HERNANDEZ L" - David, PANAMA, a FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 6.887.576 expedida en Montería (Córd.), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

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

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 24 AGO. 2000

LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirector (a) de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL
NOMBRE:
FIRMA:
C.C. No. 8749143500

10 SET. 2000

RESOLUCION NUMERO 0057 DE 20 HOJA No. 2

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL, otorgado el 23 de marzo de 2000, por la CAJA DE SEGURO SOCIAL –EL HOSPITAL REGIONAL "DR. RAFAEL HERNANDEZ L" - David, PANAMA, a FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 6.887.576 expedida en Montería (Córd.), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

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

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 24 AGO. 2000

LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirector (a) de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL
NOMBRE:
FIRMA:
C.C. Nº. 8749143300
18 SET. 2000

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

C.C.No. 6.887.576 de Montería

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

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

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

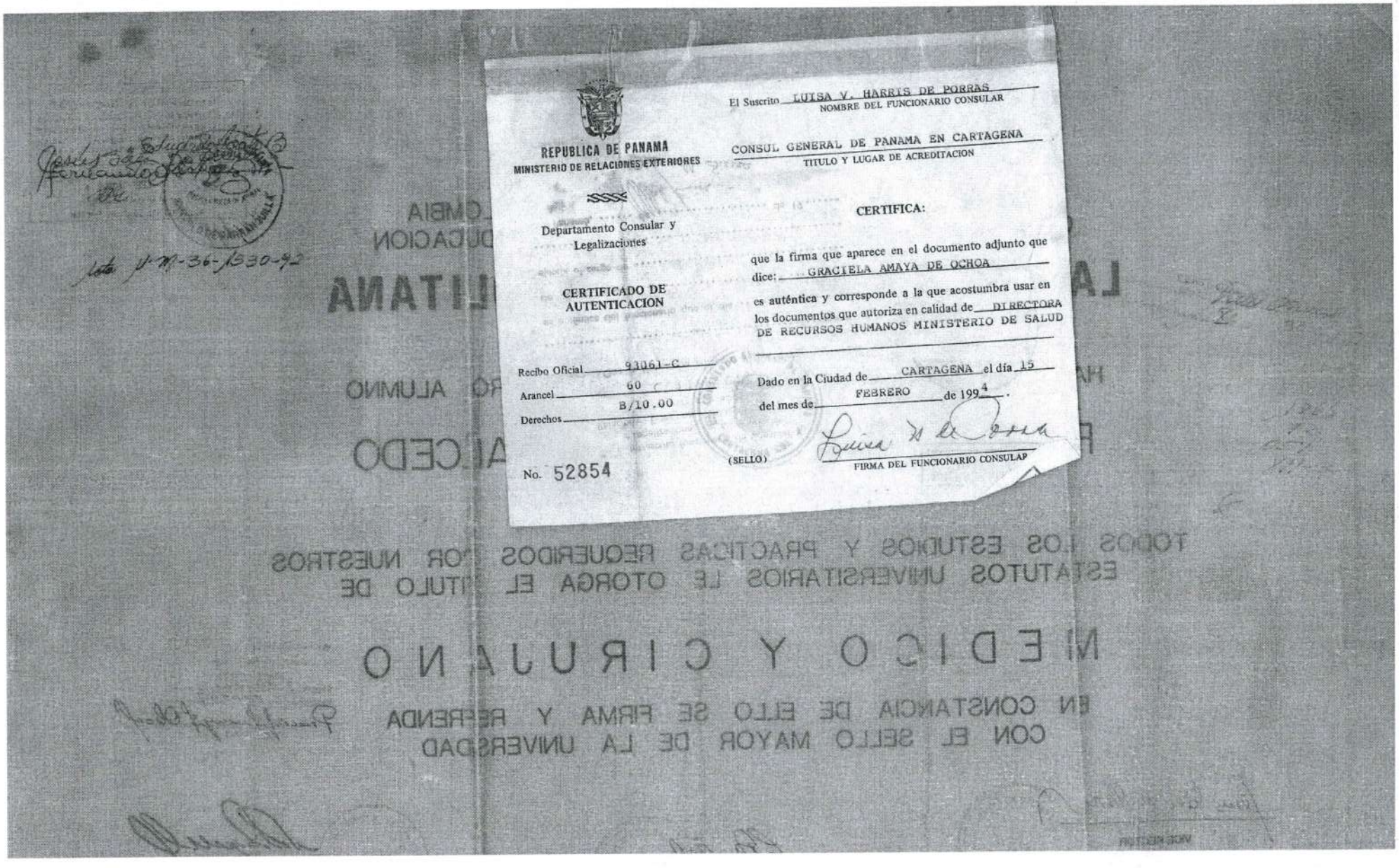
SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL

ANOTADO AL FOLIO 251 DEL LIBRO 72

DE REGISTRO DE DIPLOMA 7766

6287

21 DIA DEL MES De Agosto DEL AÑO 1992



El Suscrito LUISA V. HARRIS DE PORRAS
NOMBRE DEL FUNCIONARIO CONSULAR

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

CONSUL GENERAL DE PANAMA EN CARTAGENA
TITULO Y LUGAR DE ACREDITACION

Departamento Consular y Legalizaciones

CERTIFICA:

CERTIFICADO DE AUTENTICACION

que la firma que aparece en el documento adjunto que dice: GRACIELA AMAYA DE OCHOA

es auténtica y corresponde a la que acostumbra usar en los documentos que autoriza en calidad de DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS MINISTERIO DE SALUD

Recibo Oficial 93061-C

Arancel 60

Derechos B/10.00

Dado en la Ciudad de CARTAGENA el día 15

del mes de FEBRERO de 1994.

No. 52854

(SELLO)

FIRMA DEL FUNCIONARIO CONSULAR

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION No. 000547

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

En ejercicio de la delegacion conferida por resolucion No 0530 de octubre 11 de 1991 segun Facultad otorgada por el Decreto 3154 de 1968 y

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

Que FREDY FRANCISCO PENA SALCEDO c.c. No. 6.887.076

de MONTERIA ha solicitado el registro de su T I T U L O

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

Que le otorgo LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

21 DE AGOSTO DE 1992

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaria de Educacion de ATLANTICO

Al folio 031 del libro 72 de 2 DE DICIEMBRE DE 1993

QUE CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DE CORDOVA

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Autoriza a FREDY FRANCISCO PENA SALCEDO

para ejercer la profesion MEDICO Y CIRUJANO

en el territorio nacional

COMUNIQUESE PUBLIQUESE Y CUMPLASE 24 ENE. 1994

GRACIELA ANAYA DE OCHOA
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

GLADYS LEONOR LEAL BERNAL
SECRETARIA AD HOC

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

El Suscrito LUISA V. HARRIS DE PORRAS
NOMBRE DEL FUNCIONARIO CONSULAR

CONSUL GENERAL DE PANAMA EN CARTAGENA
TITULO Y LUGAR DE ACREDITACION

Departamento Consular y Legalizaciones

CERTIFICA:

CERTIFICADO DE AUTENTICACION

que la firma que aparece en el documento adjunto que dice: GRACIELA AMAYA DE OCHOA

es **auténtica** y corresponde a la que acostumbra usar en los documentos que autoriza en calidad de REPRESENTE DEL MINISTRO DE SALUD.

Recibo Oficial 93061-C

Arancel 60 CERTIFICA:

Derechos B/10.00

Dado en la Ciudad de CARTAGENA el día 15 del mes de FEBRERO de 1994.

No. 52855

(SELLO)

FIRMA DEL FUNCIONARIO CONSULAR

República de Panamá

La Caja de Seguro Social,

El Hospital Regional "Dr. Rafael Hernández L".

Y

La Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá

Certifican Que:

Dr. Fredy Francisco Peña Salcedo

Cursó y aprobó satisfactoriamente durante un período de 4 años

El programa de Residencia que lo acredita como médico especialista en

~ Cirugia General ~

Desde 1º de Febrero de 1996 hasta 1º de Febrero del 2,000

En testimonio de la cual se expide el presente certificado con el sello de la Institución.

Dado en la ciudad de David, República de Panamá, a los 23 días del mes de Marzo del 2000

Decano de la Facultad de Medicina — Jefe de ~~Servicio o Departamento~~ — Director de Docencia e Investigación — Director Médico del H.R.H.L.

POLITECNICO DE®
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Con Documento de Identidad No 6887576

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – MARZO – 14 DE 2021
Registrado en el Libro de Actas No 0020210314
CÓDIGO DE SEGURIDAD 210314S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solitictud al correo
matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

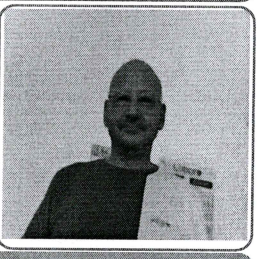
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **09/12/2024 14:41:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO**

Cargo **CIRUJIA GENERAL Y CUIDADOS INTESIVOS** Doc. Identidad **CC 6887576**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

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

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

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

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

RECOMENDACION ESPECIFICA:

** TRABAJADOR DEBE HACER USO DE LENTES CON CORRECCIÓN OPTICA DURANTE LA JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA.

** CONTINUAR CONTROLES PERIODICOS EN PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SU EPS POR PATOLOGIA DE BASE.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: FREDY FRANCISCO PEÑA
CC 6887576
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: FREDY FRANCISCO PEÑA
CC 6887576
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

El(la) suscrito(a) **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO** identificado con C.C./C.E./P.P No. 6.887.576 expedida en **MONTERIA (COR)**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, del mes Febrero del 2025

Firma
Nombre Fredy Peña M.
Cédula 6887576

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	2024-12-09 10:47

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
FREDY	FRANCISCO	PEÑA	SALCEDO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	6887576

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CÓRDOBA	Municipio	MONTERÍA

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	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

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:

HJMB
HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FINC4F
VERSION: 002
FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Fredy Fonseca Peña

Sexo: M | X | F

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E T.I R.C PP	6.887.576	Mantequa	

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

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
02 07 1962	Mantequilla	Calle 18 #21-139	Magdalena	Santa Ma

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Malex1031@hotmail.com		

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

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Otros Ingresos Mensules	Otros Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Es declarante? SI NO

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez



5. FIRMA Y HUELLA

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

_____
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Peña	Salcedo	Fredy Francisco

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 6887576	F ○ M ⊗	COL. ○ EXTRANJERO ○	

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO 6887576 D.M. 26

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 02 MES 07 AÑO 1962				
PAÍS		PAÍS		DEPTO	
DEPTO		MUNICIPIO			
MUNICIPIO		TELÉFONO		EMAIL	ffpena62@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	
POSTGRADO	8	X		CIRUGIA GENERAL	12	1999	547-94
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	1991	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL SAN MARCOS - SUCRE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SAN MARCOS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3122045701	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA CIRUJANO	*DEPENDENCIA* AREA DE CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 22 20 22 SAN MARCOS SUCRE					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO CARDIOLOGICO DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2385797	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	21	*Mes*	02	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA CUIDADO IN	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDAD INTENSIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 71B 51 9 barrio normandia					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6017300000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA UCI	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDAD INTENSIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 24C 57 44 SUR fontibon					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL TRANSITO DE TOCANCIPA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 60186987	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* AREA DE CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 12 34 TOCANCIPA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6013725060	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	05	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESP. EN CIRUGIA GENERAL	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDAD INTENSIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 23 23 SUR					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ DE BELLO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* BELLO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4549000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2012	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 44 49B 90 La Estacion						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA CRUZ -PUERTO BERRIO-EN LIQUIDACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PUERTO BERRÍO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8333434	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2009	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 7 48 3						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR - APARTADO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* APARTADÓ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3137883368	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	03	*Año* 2005	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 100 103A 1						

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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE SANFRANCISCO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 15190707	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	02	*Mes*	02	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA UCI	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDICA						*DIRECCIÓN* CALLE 16 16 8080 barrio los martires					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA JUAN N CORPAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6865000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	12	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 111 159A 61 SUBA BOGOTA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LA MERCED -LA MERCED			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CIUDAD BOLÍVAR						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8411182	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 49 36 298 Bolivar					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* SANTA FÉ DE ANTIOQUIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8531020	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 1 10 101 santafe antioquia					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL CESAR URIBE PIEDRAHITA -CAUCASIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* CAUCASIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3201210	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2015	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL - CIRUGIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 1A 100 Barrio el Man					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	12	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	19	11

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 D.T.C.H. Enero 2025

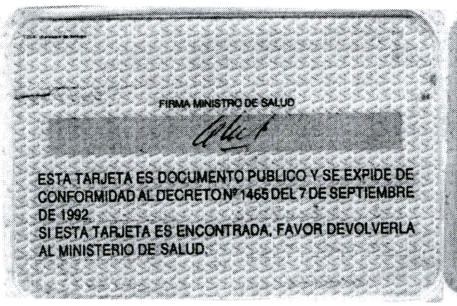
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FIRMA MINISTRO DE SALUD

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Registro Nº 547/94
Firma Medico
Nombres y Apellidos
FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
C.C. C 6887576 De MONTERIA
Universidad
METROPOLITANA
Ciudad
BARRANQUIL
04872/
Fecha de Expedición 08/26/94



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Profesional Odontológica
6887576
PERTENECE AL EJERCITO DE
1A. LINEA 2A. LINEA 3A. LINEA
31-DIC. 92 31-DIC. 02 31-DIC. 12
APELLIDOS Y NOMBRES
PEÑA SALCEDO
FREDY FRANCISCO
UM BIGIR ESP. MIL FUSILERO
PROFESION MEDICO CIRUJA



INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha	Oficina radicación	Número de cotización	Número de póliza	Documento
MEDELLIN, 2024-12-10	4034 - SUCURSAL SAN FERNANDO 2	03041230241209559707	900001278918	EXPEDICIÓN POLIZA NUEVA

Vigencia del seguro		Días de vigencia del seguro
Desde las 24:00 horas del 2024-12-09	Hasta las 24:00 horas del 2025-12-09	365

Moneda
COP

ASESOR

Nombre	Código
ANA MARIA GIL HURTADO	41916

TOMADOR

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Tomador principal	Calidad Tomador	Dirección de correspondencia
FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO	CEDULA DE CIUDADANIA	6887576	✓	En nombre propio	carrera 37 a # 15 b 50

Actividad económica del tomador principal
ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN



RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación
FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO	CEDULA DE CIUDADANIA	6887576

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Cirujano General- | Valor asegurado: $800.000.000

Fecha de retroactividad: 09/12/2024

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

CONDICIONES PARTÍCULARES

Cláusulas

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

Cláusula gastos de defensa en procesos penales

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

Ampliación del término de revocación de la póliza

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

Clausula de liderato

El presente seguro lo otorga SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y lo suscribe(n) también la(s) Compañía(s) Coaseguradora(s), de acuerdo con la distribución de riesgo y de prima que se indica a continuación: Por pacto expreso, las obligaciones de las Compañías para con el Asegurado no son solidarias. La administración y atención de la póliza corresponde a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A, la cual recibirá del Asegurado la prima total para distribuirla entre las Compañías Coaseguradoras en las proporciones indicadas anteriormente. En los siniestros SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A pagará únicamente la participación porcentual señalada anteriormente y además, una vez recibida la participación correspondiente de las otras Compañías, la entregará al Asegurado sin que en ningún momento se haga responsable de un porcentaje mayor al de su participación. Igualmente, las Compañías Coaseguradoras manifiestan que conocen y aceptan tanto las Condiciones Generales como las Particulares de la póliza y los demás anexos suscritos por la SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Clausula de compensación

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

Condición de la póliza

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

Pago de las primas

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

Ubicación de predios

XXXXXXXXXX

Modalidad de cobertura

Claims made o reclamación

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

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

Único valor asegurado

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

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática.

Exclusiones

Exclusión de servicios médicos prestados en el exterior

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

Exclusión operación de bancos de sangre

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

Exclusión de gastos médicos

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

Exclusión responsabilidad civil de directores y administradores

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

Exclusión ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

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

Exclusión productos inseguros - defectuosos

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

Exclusión de sangre infectada

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de sangre infectada

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

VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD				
Tasa 1,0029%o	Valor asegurado $800.000.000	Valor a pagar $802.300	Valor IVA $152.437	Valor total a pagar $954.737
			Valor total a pagar más IVA	**$954.737**

VALOR A PAGAR DEL SEGURO			
Solución RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	Valor a pagar $802.300	Valor IVA $152.437	Valor total a pagar $954.737
VALOR TOTAL	**$802.300**	**$152.437**	**$954.737**



ASESORES

Código	Nombre del asesor principal	Lider
41916	ANA MARIA GIL HURTADO	✓

CONDICIONES GENERALES

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

Textos y aclaraciones del movimiento

Las asistencias de la póliza serán prestadas por Operaciones Generales Suramericana S.A.S. en todo caso Seguros Generales Suramericana S.A. será responsable frente al consumidor financiero.

DEFINICIONES

SMMLV
Salario mínimo mensual legal vigente.

SMDLV
Salario mínimo diario legal vigente.

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

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

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

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

Firma autorizada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Santa Marta D.T.C.H., Enero del 2025

Doctora

Nora Elvira Anillo Romero

GERENTE (e)

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Yo **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO** identificado con la cedula de ciudadanía Nº **6.887.576** de Monteria - cordoba, mediante el presente me permito dejar en consideración el asunto de la referencia.

Para lo cual pretendo prestar mis servicios como **MEDICO GIRUJANO ESPECIALISTA GIRUGIA GENERAL.** Con alto grado de responsabilidad y eficiencia, plasmado las metas y objetivos encomendados por la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** esto se traducirá en el cumplimiento de las tareas diarias realizadas en la labor medica, donde lo requiera el ente.

Agradeciendo su amable colaboración.

Cordialmente,

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO
CC 6.887.576 de Monteria

DIRECCION: CALLE 18 # 21-139
TEL: 323 2338727.

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **6887576**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
1	6887576	PEÑA	SALCEDO	FREDY	FRANCISCO

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barren

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
CALLE 42 # 52-186 PISO 8 CAD LA ALPUJARRA
CONMUTADOR: 385 80 00 FAX: 262 11 34 A.A. 50946
PÁGINA WEB www.dssa.gov.co

MEDELLIN , Septiembre12 de 2005

EL AUXILIAR DE VIGILANCIA Y CONTROL

HACE CONSTAR QUE

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Identificado(a) con la cédula Nro : 6,887,576 de MONTERIA
se encuentra inscrito(a) en la DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA,
mediante resolución Nro : 000547 expedida el 24/01/1994 , por
EL MINISTERIO DE SALUD , que lo autoriza para ejercer en el
territorio nacional como : MEDICO Y CIRUJANO 0547/94

LUIS SALVADOR OSPINA S.

LSOS

ANTIOQUIA NUEVA, un hogar para la vida

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 *

6887576

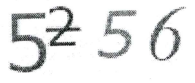
Primer Nombre

fredy

Primer Apellido

peña

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3143

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-01-18→10:34:43 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	6887576	FREDY	FRANCISCO	PEÑA	SALCEDO	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) FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO identificado(a) con CC 6887576 registra La siguiente información:

2025-01-18→10:34:43 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Extranjero	Cirugía General	2000-08-24	16836	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	1994-01-24	547	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación
Presto SSO	Local	COLOMBIA|CÓRDOBA|MONTERÍA	1992-09-09	1993-09-09	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).

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141148912081

(415)7707212489984(8020) 000014114891208 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 8 8 7 5 7 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEÑA	SALCEDO	FREDY	FRANCISCO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CR 37 A 15 B 50 AP 1703

42. Correo electrónico malex1031@hotmail.com

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

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 0 0 0 2 0 1	8 6 9 2	2 0 2 0 0 8 1 1				2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 1 6 2 2 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	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

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 PEÑA SALCEDO FREDY FRANCISCO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 06-12-2024 01:43:35PM

Clínica San Francisco de Asís

NIT 900.613.550 – 5

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) **PEÑA SALCEDO FREDY FRANCISCO** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No6.887.576**, presta sus servicios en nuestra institución mediante contrato por prestación de servicios como **CIRUJANO GENERAL** desde el 20 de febrero de 2021. *Hasta la fecha*

Se expide la presente a solicitud del(a) interesado(a) a los dos (2) días del mes de febrero de 2022.

Cordialmente,

Andrea Patricia Rodríguez Suarez
Coordinadora talento humano
Clínica San Francisco de Asís

DE LA EMPRESA SOCIALDEL ESTADO HOSPITAL LA CRUZ
DEL MUNICIPIO DE PUERTO BERRIO

H A C E C O N S T A R:

Que FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, identificado con Cedula N°. 6 887 576 expedida en Montería, realiza contratos por prestación de Servicios como profesional Medico Cirujano desde el 1 de julio de 2009 hasta el 31 de diciembre 2009, valor del contrato $ 147.200.000.00

La anterior certificación se expide por solicitud de Coomeva Financiera

Para constancia se firma en Puerto Berrío, a los diecisiete (17) días del mes de siembre de 2009.

HOSPITAL LA CRUZ
E.S.E.
Puerto Berrío
GERENTE

JAIR HUMBERTO SANCHEZ MORA
Gerente
E.S.E HOPITAL LA CRUZ

Powered by CamScanner

CENTRO
CARDIOVASCULAR
COLOMBIANO
NIT 900.284.591 - 4

CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO SAS
NIT 900.284.591-4

CERTIFICAMOS

Que el Doctor **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO** identificado con cédula de ciudadanía No. 6.887.576 de Monteria, realizó actividades como **MÉDICO CIRUJANO GENERAL** bajo la modalidad de contrato por prestación de servicios Profesionales desde el 01 de Julio de 2023 hasta el 21 de febrero de 2024.

La presente certificación se expide con destino al interesado a los 21 dias del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

WILLIAM J. AMAYA RAMÍREZ
Centro Cardiovascular Colombiano SAS
900.284.591-4

Proyecta. Efrain Casas Jiménez - Juridica.

Carrera 71 B # 51 – 09 - Bogotá – Colombia
Teléfono: 3 28 57 97 - 301 227 93 50
Email: administracion@cencardio.com

FAMY-SALUD
Contribuyendo al crecimiento empresarial
NIT. 900.919.231-5

Medellín, 14 de julio de 2020

ASOCIACION SINDICAL DE SALUD DE ANTIOQUIA FAMY-SALUD
CERTIFICA

Que el señor FREDDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO, identificado con Cédula de Ciudadanía Nº 6887576, es asociado de la Asociación Sindical FAMY- SALUD y se desempeñó como afiliado participe en cumplimiento del contrato sindical en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del Municipio de Santa fe de Antioquia, a partir del 01 de marzo del 2018 al 30 de junio de 2018. Desempeñándose como CIRUJANO.

Se expide este certificado a solicitud del interesado.

FAMY-SALUD
Contribuyendo al crecimiento empresarial
NIT. 900.919.231-5

MARIA PATRICIA ARCILA JARAMILLO.
PRESIDENTE

SINDISALUD
ASOCIACIÓN SINDICAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
... Apoyando La Salud y El Bienestar ...
NIT. 900452491-7

Medellín, 14 de Julio de 2020

ASOCIACION SINDICAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

-SINDISALUD-

CERTIFICA

Que el señor FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 6.887.576, se encuentra inscrito como asociado de SINDISALUD. En su desempeño como afiliado participe sin subordinación, cumplió labores en el cargo de CIRUJANO, desde el 01 de Septiembre de 2017 hasta el 31 de Agosto de 2018, lo anterior en desarrollo de diferentes contratos sindicales suscritos entre SINDISALUD y la E.S.E Hospital La Merced de Ciudad Bolívar Antioquia.

Se expide este certificado a solicitud del interesado y dirigido a: QUIEN PUEDA INTERESAR

JOANY ALBERTO LOPEZ GALLO
Presidente – SINDISALUD -

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO; con documento de identidad No, 6887576 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2020	5955-2020	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	03/09/2020	30/11/2020	$20460000	SUBRED
2	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	44313	44592	$22056840	SUBRED
3	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	27/04/2021	31/01/2022	$22056840	SUBRED
4	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	44313	44592	$22056840	SUBRED
5	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	27/04/2021	31/01/2022	$22056840	SUBRED
6	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	27/04/2021	31/01/2022	$22056840	SUBRED
7	2021	5685-2021	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	27/04/2021	31/01/2022	$22056840	SUBRED
8	2022	3198-2022	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	01/02/2022	31/01/2023	$160711220	SUBRED
9	2023	952-2023	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO	01/02/2023	30/11/2023	$16119876	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO

1 » Contrato: **5955-2020**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según

Copia Controlada Subred Suroccidente

requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto contratado y en cumplimiento del convenio 0013-2020 suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente y cuyo objeto es Anuar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros con el objetivo de garantizar la prestación de servicios de salud en la red hospitalaria en la ciudad de Bogotá como parte de la respuesta ante la emergencia sanitaria caudada por el Coronavirus (COVID-19).Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 0013-2020

2 » Contrato: **5685-2021**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

3 » Contrato: **5685-2021**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

4 » Contrato: **5685-2021**

Copia Controlada
Sin firma y rúbrica no tiene validez

Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

5 » Contrato: **5685-2021**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

6 » Contrato: **5685-2021**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el

Copia certificada
Subred Suroccidente

cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

7 » Contrato: **5685-2021**
Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Emitir conceptos médicos que se le requieran,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Desarrollar todas las actividades requeridas por el supervisor acordes al objeto del contrato y cumplimiento del convenio 2290535-2021.

8 » Contrato: **3198-2022**
Obligaciones:

=VLOOKUP(B3090,'[1]2022 consolidado'!$E:$AF,28,0)

9 » Contrato: **952-2023**
Obligaciones:

1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 4) Participar en la programación de actividades del área. 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran. 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 18) Apoyar a la

Copia Controlada
Subred Suroccidente

Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los cinco(5) días del mes de Diciembre de 2023, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,

INGRIT LINETH VASQUEZ CELY
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN
SUBGERENCIA CORPORATIVA

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Generado por: Freddy Francisco PeÑa Salcedo

Cameint

NIT. 900.621.997

CORPORACIÓN PARA LA CALIDAD Y ATENCIÓN EN MEDICINA INTENSIVA CAMEINT

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N.º **6.887.576** de **Montería**, presto sus servicios a la Corporación para la Calidad y Atención en Medicina Intensiva –CAMIENT- identificada con NIT No. 900.621.997-7, bajo las siguientes condiciones:

Fecha de Inicio	: 23 de febrero de 2021
Fecha de finalización	: 05 de marzo de 2023
Contrato	: Prestación de Servicios
Proceso:	: Cuidado Intermedio
Lugar de Ejecución de Procesos	: Centro Policlínico el Olaya

Se expide a solicitud del interesado (a) a los seis (06) días del mes de marzo de 2023.

Atentamente,

Carlos Jaime Hurtado

Carlos Jaime Hurtado Hurtado
Representante Legal

salud
Ministerio de Salud
Panamá

75-C.T.

A QUIEN CONCIERNE

El suscrito Director General de Salud y Secretario del Consejo Técnico de Salud, a solicitud de parte interesada;

C E R T I F I C A :

Que el **DR. FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO**, de nacionalidad colombiana realizó la especialidad en **CIRUGIA GENERAL**, en calidad de residente-becario en el Hospital Regional "Dr. Rafael Hernández L.", Caja de Seguro Social, Institución reconocida por este Ministerio para realizar especialidades Médicas a nivel hospitalario.

El Dr. Peña Salcedo, realizó cuatro (4) años de Residencia en **CIRUGIA GENERAL** durante el período del 1° de febrero de 1996 al 1° febrero del 2000, de acuerdo a lo establecido en los Programas de Residencias aprobadas por el Consejo Técnico de Salud.

Dado en la ciudad de Panamá, a los cuatro días del mes de abril del dos mil.

DR. ESTEBAN MORALES VAN KWARTEL 1B

REPUBLICA DE PANAMA
Secretaría del Consejo Técnico de Salud
MINISTERIO DE SALUD

Elvia M.

El infrascrito funcionario de Legalizaciones del Ministerio de Relaciones Exteriores debidamente autorizado para este acto

CERTIFICA:

Que la firma que antecede y que dice:

ESTEBAN MORALES VAN KWARTEL

es auténtica del funcionario que el día 4

de ABRIL *año* 2.000

ejercía el cargo de DIRECTOR GENERAL DE SALUD

PUBLICA.MINISTERIO DE SALUD.

Panamá 6 *de* ABRIL *año* 2.000

Autenticación Nº. lB/edo.g.

Firma del funcionario

Licdo. Eligio Ocaña
Director General de Autenticaciones
y Legalizaciones
Ministerio de Relaciones Exteriores

Este Ministerio no asume responsabilidad en cuanto al contenido del documento.

Cameint

NIT. 900.621.997

CORPORACIÓN PARA LA CALIDAD Y ATENCIÓN EN MEDICINA INTENSIVA CAMEINT

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) **FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N.º **6.887.576** de **Montería**, presto sus servicios a la Corporación para la Calidad y Atención en Medicina Intensiva –CAMIENT- identificada con NIT No. 900.621.997-7, bajo las siguientes condiciones:

Fecha de Inicio	: 23 de febrero de 2021
Fecha de finalización	: 05 de marzo de 2023
Contrato	: Prestación de Servicios
Proceso:	: Cuidado Intermedio
Lugar de Ejecución de Procesos	: Centro Policlínico el Olaya

Se expide a solicitud del interesado (a) a los seis (06) días del mes de marzo de 2023.

Atentamente,

Carlos Jaime Hurtado

Carlos Jaime Hurtado Hurtado
Representante Legal

BOGOTÁ | DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Bogotá D.C. 10 de noviembre de 2020

DE: RODOLFO DUARTE CELY
Líder Asistencial – Unidad de Servicios de Salud Fontibón

PARA: QUIEN INTERESE

ASUNTO: Certificacion Actividades Fredy Francisco peña salcedo

De la manera mas atenta y para fines pertinentes me permito certificar que Fredy Francisco peña salcedo identificado con CC 6.887.870 Medico especialista en Cirugia general realiza actividades en Unidad de Cuidado Intensivo en Unidad Fontibon de la Subred Integrada de Servicios de Salud desde el 03 de Septiembre de 2020 a la fecha.

Atentamente,

RODOLFO DUARTE CELY
Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista Epidemiologia Universidad del Rosario
Líder Asistencial UMHE Fontibon-Bosko
Subred Integrada De Salud Sur Occidente E.S.E

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

C.C o C.E 6887576

Profesión u Ocupación

MEDICO Y CIRUJANO

Especialidad

CIRUGIA GENERAL

Institución de Educación

U. METROPOLITANA

Ciudad BARRANQUILLA

Fecha de expedición diploma 21/08/1992

Fecha de inscripción RETHUS 29/12/2016



CMC2017-17673

Firma



Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007
y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada,
favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org

www.ideas.com

Certificado Digital de Vacunación contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

FREDY FRANCISCO PEÑA SALCEDO

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

6887576

Fecha nacimiento / Date of birth

02/07/1962

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	Refuerzo

Lote / Vaccine Batch

EN1195	EN1195	017J21A

Vacuna / Vaccine

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	MODERNA SWITZERLAND GMBH

Centro vacunador / Administering Center

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA	CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

03/03/2021	24/03/2021	25/11/2021

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

JG6K2ZI2JD2XV673LFJS4ZI7SU75JMKDVMJGM2U3KLHMGL52I75A	777EPYHH4NBTFIET5IWTG7MWYAUG4LEOPWP4773C4OIIA5FQX55A	J2MGBKPB643LQNQBJC35G7YDG4VDTFHOHMBKC2EREUT5MJ5YU3VQ

Fecha de emisión del documento / Document issued

11/03/2022	11/03/2022	11/03/2022

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

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

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

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

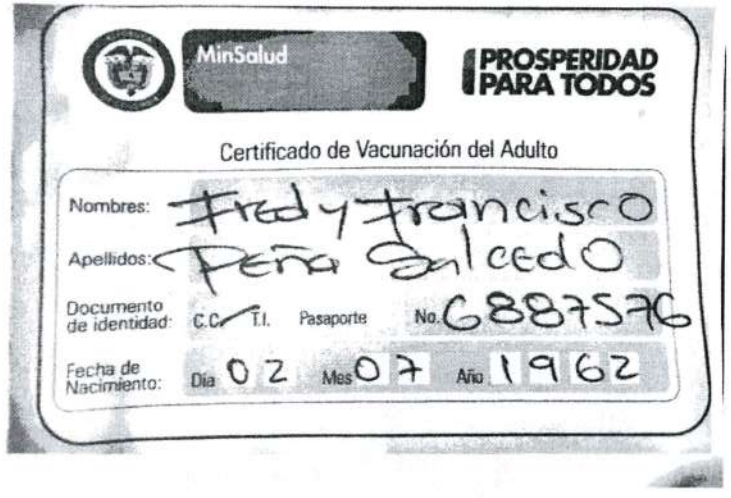
Ver certificado en MiVacuna

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

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

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

View certificate in MiVacuna



MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Fredy Francisco

Apellidos: Peña Salcedo

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 6887576

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 07 Año 1962

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	22/05/2004	084007C	
	2	25/04/2007	T315 NOVAL	
	3	05/02/2013	[illegible]	
	4	04-02-2016	KA73648 sanofi	
	5			
Contra Hepatitis B	1	13-12-2016	KA84026A NOVAL	
	2	20-01-2017	231085501	
	3	30-07-2017	[illegible]	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	23-04-13	12571602 Sanofi	
	1	05-11-2015	VE01020 Sanofi	
Virus de Papiloma Humano				
	DT 08-NOV-2012		CM118745	

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Bogotá D.C. 10 de noviembre de 2020

DE: RODOLFO DUARTE CELY
Líder Asistencial – Unidad de Servicios de Salud Fontibón

PARA: QUIEN INTERESE

ASUNTO: Certificación Actividades Fredy Francisco peña salcedo

De la manera mas atenta y para fines pertinentes, me permito certificar que Fredy Francisco peña salcedo, identificado con CC. 6.887.376 Medico especialista en Cirugía general realiza actividades en Unidad de Cuidados Intensivo en Unidad Fontibón de la Subred Integrada de Servicios de Salud desde el 03 de Septiembre de 2020 a la fecha.

Atentamente

RODOLFO DUARTE CELY
Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista Epidemiología Universidad del Rosario
Líder Asistencial UMHE Fontibon-Boston
Subred Integrada De Salud Sur Occidente E S E