E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND SANTA MARTA D.T.C.H.	**FORMATO LISTA DE CHEQUEO PRECONTRACTUAL CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND**	ALCALDÍA DE SANTA MARTA

MEDICOS

Código: F-A-THO-007 **Versión: 004| 21/noviembre/2024** **Fecha de creación: 22/febrero/2024**

NOMBRE CONTRATISTA	CARMEN ALICICA RAMOS FONSECA

ITEM	DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A
1	Captura de pantalla usuario en SECOP II	X		
2	Propuesta de Servicios	X		
3	Hoja de Vida SIGEP II y/o Función Pública (En el caso de ser antiguo debe presentar la hoja de vida diligenciada en www.funcionpublica.gov.co/web/sigep2/ingresar y en el caso de ser nuevos presentar el formato basico de la funcion publica)	X		
4	Formato de Declaración de Bienes y Rentas y conflicto de Interes (Diligenciar en la pagina Web https://www1.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013)	X		
5	Captura de pantalla de formato de bienes y rentas y conflicto de interes diligenciado en la pagina web anteriormente mencionada	X		
6	Captura de pantalla de formulario de registro de la ESE terminado (Diligenciar en la pagina Web https://ng-intranet-eseapr.web.app/registro)	X		
7	Formato autorización para el tratamiento de datos personales (Diligenciar en la pagina Web https://ng-intranet-eseapr.web.app/registro)	X		
8	Formato compromiso de confidencialidad y no divulgación de información (Diligenciar en la pagina Web https://ng-intranet-eseapr.web.app/registro)	X		
9	Copia Cédula de Ciudadanía (Imagen ampliada, con visibilidad clara, ambas caras del documento)	X		
10	Copia Libreta militar o Certificado de definición de Situación Militar (Hombres menores de 50 años)			X
11	Registro Unico Tributario- RUT (Debe contar con su actividad economica acorde a la labor a desempeñar)	X		
12	Certificado registro alimentario morosos - REDAM	X		
13	Diploma y acta de grado (Bachiller, Pregrado, tecnico o postgrado)	X		
14	Certificado de Ética Medica	X		
15	Tarjeta Profesional (Imagen visible y clara)	X		
16	Resolución Secretaría de Salud Departamental Personal Asistencial.			X
17	RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.	X		
18	Soportes Documentales de Estudios: Médicos y Enfermeras remitir RCP Avanzado, Código Gris, Gestión Del Duelo, Agentes Químicos IAMI y AIEPI, Cuidado del Donante (Expedido por el INS), Certificacion 3280.	X		
19	Certificados de Experiencia Laboral (1 año de experiencia relacionada)	X		
20	Certificado de Afiliación en Salud (cotizante independiente)	X		
21	Certificado de Afiliación en Pensión (cotizante independiente)	X		
22	Certificado SARLAFT- Persona Natural (Diligenciado en la pagina web https://ng-intranet-eseapr.web.app/registro)	X		
23	Certificado de la Cuenta Bancaria	X		
24	Examen de Ingreso Preocupacional (No mayor a 3 años de vigenia de acuerdo al profesiograma establecido para el proceso, el cual lo encontran en la pagina web https://ng-intranet-eseapr.web.app/registro)	X		
25	Poliza de responsabilidad civil medica (equivalente al 20% del valor del contrato y durante la ejecucion del mismo)	X		

Vb° Talento Humano		Vb° Jurídica (contratación)	
NOMBRE		NOMBRE	
CARGO		CARGO	
FECHA		FECHA	
FIRMA		FIRMA	

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	MEDICO
Título	Dr(a)
Nombre	CARMEN ALICIA
Apellidos	RAMOS FONSECA
Fecha de Nacimiento	26/07/2000 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido	CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1193465870
Dirección	CRA 24 NO. 16 04
Código postal	4330
Estrato	4
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	c.a.r.f@hotmail.es
Teléfono	
Celular	3058137829
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	Alberto Fonseca
SMS para recuperar la contraseña	3058137829

Editar

Santa Marta, marzo 2025

PROPUESTA DE SERVICIOS

Dr. AROLDO PIZARRO NAY

Gerente E.S.E Alejandro Prospero Reverend

ASUNTO: PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND SANTA MARTA.

El presente documento tiene como principal objetivo brindar de manera clara y sencilla el alcance de los servicios que pongo a su amable consideración como prestación de servicios Profesionales como Medico General.

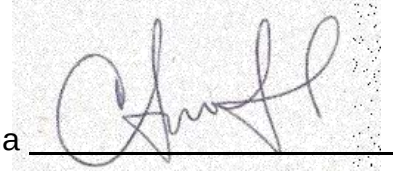
1. Ejecutar en forma idónea, transparente y eficaz el objetivo de la presente propuesta.
2. Realizar consultas médicas a pacientes, evaluando su historial clínico y realizando exámenes físicos y diagnósticos pertinentes.
3. Realización de evaluaciones exhaustivas para la identificación y diagnóstico de condiciones médicas, tanto agudas como crónicas.
4. Ofrecer seguimiento adecuado para la evolución de enfermedades crónicas y agudas.
5. Coordinación de tratamientos médicos, seguimiento de evolución clínica y ajuste de terapias según la respuesta del paciente y cambios en su condición.
6. Colaboración con otros especialistas y personal de salud para garantizar un enfoque integral y coordinado del tratamiento.
7. Provisión de información clara y comprensible sobre el estado del paciente, el plan de tratamiento y recomendaciones para el cuidado del paciente.
8. Enfoque centrado en el paciente, garantizando que cada persona reciba un plan de tratamiento adaptado a sus necesidades individuales.

9. Realizar actividades educativas sobre hábitos saludables, nutrición, prevención de enfermedades infecciosas y cuidado preventivo.
10. Gestionar y aplicar programas de vacunación.

Atentamente,

Carmen Alicia Ramos Fonseca
CC.: 1193465670
CEL: 3058137829

EMAIL: c.a.r.f@hotmail.es

Firma 

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RAMOS	FONSECA	CARMEN ALICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C X C.E ◯ PAS ◯ No.1193465670	F X M ◯	COL. X EXTRANJERO ◯	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 26 MES 07 AÑO 2000	CARRERA 24 NO 16-04 EDIFICIO JARDÍN DE SANTA ANA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3058137829	EMAIL	c.a.r.f@hotmail.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2017

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PRESENCIAL	12	⊗		MEDICO	MAYO	2014	

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
INGLES	X			X			X		

FORMATO ÚNICO

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD CLÍNICA RODRIGO DE BASTIDAS		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* Talentohumano.rdbastidas@gmail.com	
TELÉFONOS 6119424	*FECHA DE INGRESO* DÍA 17 MES 08 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 10 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* URGENCIAS/HOSPITALIZACION		*DIRECCIÓN* CALLE 22 21 A 39	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE FRACTURAS TAYRONA		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* clinicatayrona@hotmail.com	
TELÉFONOS 3017268256	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 11 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 01 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN		*DIRECCIÓN* CALLE 18B #24-14	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* webmaster@hjumb.gov.co	
TELÉFONOS 4365007	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 05 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO* DÍA 01 MES 05 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO MEDICO INTERNO	*DEPENDENCIA* URGENCIAS/HOSPITALIZACION		*DIRECCIÓN* CARRERA 14 #23-42	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 04/03/2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

0

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-01-16 11:57

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARMEN	ALICIA	RAMOS	FONSECA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1193465670

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Av Libertador N° 25-67"]
Cargo o función que cumple	MÉDICO GENERAL

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$17.700.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA			$100.000.000,00
INMUEBLE	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$100.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
ICETEX, TARJETAS DE CREDITO	$101.200.000,00

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]

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

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:

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA CEDULA DE CIUDADANIA - 1193465670	Declaración Ley 2013 de 2019	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD	INGRESO	**2002549-02** Corrección de 2002549-01	2025-02-11 16:59	FINALIZADO
CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA CEDULA DE CIUDADANIA - 1193465670	Declaración Ley 2013 de 2019 Visualizar declaración de Renta	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	MÉDICO GENERAL	INGRESO	**2097273-02** Corrección de 2097273-01	2025-01-16 11:57	FINALIZADO
CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA CEDULA DE CIUDADANIA - 1193465670	Declaración Ley 2013 de 2019	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	MÉDICO GENERAL	INGRESO	2097273-01 Declaración inicial	2024-11-05 11:38	FINALIZADO
CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA	Declaración	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	CONTRATISTA	INGRESO	2002549-01 Declaración inicial	2024-09-09 11:19	FINALIZADO


Bienvenid@ CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA
Inicio
Validar sesión / Perfil
Salir
onsultas
Usuarios
Afiliados
Traslados
Apagar música
Descargas
Autorización Tratamiento de Datos Personales
Compromiso de confidencialidad
Formulario SARLAFT
Lista de Exámenes Médicos
Perfil - Formulario Precontractual
Inicio > Asocia2 > Perfil
Datos Personales
Actualización
Fecha Última Actualización
2024-12-06T10:55:26.000Z
Nombre de usuario
CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA
Correo electrónico
c.a.r.f@hotmail.es
Tipo de Documento
Cédula de Ciudadanía
Cédula
1193465670
Lugar de Expedición del Documento
Lugar de Expedición del Documento
Fecha de Expedición
3/8/2018
Sexo
Femenino
Identidad de Género
Heterosexual

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 05 de marzo 2025

FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA:	
NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA	CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA
N°. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA	1193465670

Vigilado Supersalud

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, y **Carmen Alicia Ramos Fonseca** identificado(a) con **Cedula Ciudadania 1.193.465.670** en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

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

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

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

Obligaciones del colaborador
El colaborador se compromete a:

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

Uso de la Información

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

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

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

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

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 05 de Marzo de 2025

FIRMA DEL COLABORADOR:	
NOMBRE COLABORADOR	CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA
N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR	1193465670

Vigilado Supersalud



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.465.670

RAMOS FONSECA

APELLIDOS

CARMEN ALICIA

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-2000

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

03-AGO-2018 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2100100-01031196-F-1193465670-20180813 0062268231A 1 51030733

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141149497851

[415]7707212489984(8020) 000014114949785 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 9 3 4 6 5 6 7 0	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1193465670	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMOS	FONSECA	CARMEN	ALICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 24 16 04 ED JARDIN DE SANTA ANA

42. Correo electrónico c.a.r.f@hotmail.es

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 2 3 0 1 0 2	8 6 2 1	2 0 2 4 0 8 1 5				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

64. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 RAMOS FONSECA CARMEN ALICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 09-12-2024 04:46:36PM

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 1193465670 **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 10/03/2025 08:44 PM

Código Verificación: **8AWYGMHC69**

Válida hasta: **09/06/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Franciscano de San Luis Beltrán

Santa Marta, D.T.C.H.

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, con Licencia de Funcionamiento
No. 0564 del 20 de junio de 2014, de la Secretaría de Educación Distrital.

Confiere a:

Carmen Alicia Ramos Fonseca

Identificada con T.I. No. 1.193.465.670

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas de estudios, Ley 115 de febrero 8 de 1994, Decreto 1290 de abril 16 de 2009.

Rector

Secretaria

Anotado en el Libro No. 002 en el Folio No.

Dado en Santa Marta, D.T.C.H., el día 2 de diciembre de 2017

No requiere registro, según Decreto No. 521 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Prem

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-5447-2024

PROGRAMA:	MEDICINA
CODIGO SNIES:	3529
FECHA GRADO:	26 DE JULIO DE 2024
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA
con Cédula de Ciudadanía No 1.193.465.670 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: MÉDICA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 016 en sesión del día 02 de julio de 2024.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) Facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) Facultad:	SALIN RAMON TOUCHIE MEZA
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 26 DE JULIO DE 2024

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

En atención a que

CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA

con Cédula de Ciudadanía No. 1.193.465.670 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 26 de julio de 2024

Libro de Registros No. 0080420241 Folio No. 024 Registro No. 0240
Refrendado en Santa Marta el día 25 de julio de 2024

Director(a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registro y Diploma: Julio Atuesta Lasso Tovar

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C119346567000232873
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) **CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA**, identificado(a) con C.C. No. 1193465670 y T.P. o R.M. No. 1193465670 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 07 marzo 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 10-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL





QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-03-10--8:48:52 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1193465670	CARMEN	ALICIA	RAMOS	FONSECA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA identificado(a) con CC 1193465670 registra La siguiente información:

2025-03-10--8:48:52 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2024-08-05	128093	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

VERIFICA EL CERTIFICADO

MALTÉS DEL PRADO

CERTIFICA QUE

CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA

1193465670

Soporte Vital Avanzado (ACLS)

Cumpliendo con los lineamientos del decreto 1011, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantia de calidad de la atención en salud la Resolución 123, que modifica el articulo 2 de la Resolución que deben cumplir los prestadores de servicios, y la circular externa 056 cumpliendo lo exigido en la Resolución 3100 de 2019 Ministerio de la Protección Social.

48hr 0min 0sec

Finalización del curso July 18, 2024

Esta certificación vence dos años depues de la fecha de finalización del curso

GUILERMO OEDING DIRECTOR CIENTIFICO Especialista en medicina critica y cuidado intensivo Master en cuidados paliativos, Instructor AHA

ISAAC ALVAREZ B. DIRECTOR EJECUTIVO Instructor Internacional BLS ACLS AHA

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901704533-4

CERTIFICA QUE

CARMEN RAMOS

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N: 1193465670

Asistió al Curso:

CODIGO GRIS

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 24 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
GERENTE

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 5100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO/EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

verifica tu certificado

MALTÉS DEL PRADO
Centro de Capacitación Nacional

CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA

Identificado con D.I. 1193465670
Asistió y cumplió satisfactoriamente las actividades y objetivos del curso

GESTIÓN DEL DUELO

Cumpliendo con los lineamientos del decreto 1011, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención en salud la Resolución 123, que modifica el artículo 2 de la Resolución que deben cumplir los prestadores de servicios, y la circular externa 056 cumpliendo lo exigido en la Resolución 3100 de 2019 Ministerio de la Protección Social.

Con una intensidad de: 49hr 0min 0sec
fecha de entrega: July 15, 2024
Validez de dos años a partir de la fecha de entrega.

Guillermo Oading
DIRECTOR CIENTIFICO Medico especialista en medicina crítica y cuidado intensivo Master en cuidados paliativos

Tatiana Martinez
Coordinadora Nacional

Jorge Isaac Rivalez
Director de Capacitaciones

verifica tu certificado

MALTÉS DEL PRADO
Centro de Capacitación Nacional

Certifica que

CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA

Identificado con D.I. 1193465670

Asistió y cumplió satisfactoriamente las actividades y objetivos del curso

AGENTES QUÍMICOS

Cumpliendo con los lineamientos del decreto 1011, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantia de calidad de la atención en salud la Resolución 123, que modifica el articulo 2 de la Resolución que deben cumplir los prestadores de servicios, y la circular externa 056 cumpliendo lo exigido en la Resolución 3100 de 2019 Ministerio de la Protección Social.

Con una intensidad de: 40hr 0min 0sec
fecha de entrega: July 18, 2024

Valido por dos años a partir de la fecha de entrega.

Guillermo Oeding DIRECTOR CIENTIFICO
Médico especialista en medicina crítica y cuidado intensivo Master en cuidados paliativos

Tatiana Martinez
Coordinadora Nacional

Jorge Isaac Alvarez
Director de Capacitaciones

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901704533-4

CERTIFICA QUE

CARMEN RAMOS

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N: 1193465670

Asistió al Curso:

INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA IAMI INTEGRAL (IAMI)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 16 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
GERENTE

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 5100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO/EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD


MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901704533-4
CERTIFICA QUE
CARMEN RAMOS
IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N: 1193465670
Asistió al Curso:
ATENCION INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA CLÍNICO (AIEPI)
Con una intensidad horaria de 45 Horas
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 16 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
GERENTE
VERIFICACIÓN
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 5100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901704533-4

CERTIFICA QUE

CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N: 1193465670

Asistió al Curso:

CUIDADO DEL DONANTE (CD)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C A LOS 09 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
GERENTE

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901704533-4

CERTIFICA QUE

CARMEN RAMOS

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N: 1193465670

Asistió al Curso:

RESOLUCION 3280 DE 2018 - MAITE-RIAS- RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 24 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LUISA FERNANDA CERQUERA ORTIZ
GERENTE

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 1072 DE 199[illegible] PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 5100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO/ EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

HOSPITAL UNIVERSITARIO

LA CORDINACIÓN DE DOCENCIA – SERVICIO E INVESTIGACIÓN

HACE CONSTAR

Que la joven **CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.193.465.670 realizó sus Prácticas Formativas de año de Internado rotatorio de Medicina en la Institución, el cual inicio el 01 de junio de 2023 y finalizó el día 31 de mayo del año 2024.

Se expide la presente certificación en Santa Marta, a los treinta y un (31) días del mes de mayo de 2024.

EDALINA MILENA LINERO RAMOS
SUBGERENTE CIENTIFICA

PROYECTÓ: JUANA Ma PERTUZ C
PROF. UNIV. RDS

Santa marta, febrero 19 de 2025

OTA ORTOPÉDICOS SAS
(CLÍNICA RODRIGO DE BASTIDAS)
NIT 900 712 725 – 1

CERTIFICA:

Que la señora, **CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.193.465.670**, Estuvo vinculada a la empresa en el periodo comprendido entre el mes de agosto hasta octubre del año 2023, bajo un contrato de trabajo de prestación de servicios, desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL.**

Este documento se expide en la ciudad de Santa Marta a los once (19) días del mes de febrero del año dos mil veinticinco (2025.)



ANA CARBONO VALVERDE
COORDINADOR MEDICO

TAYRONA
CLÍNICA DE FRACTURAS

Santa Marta, Enero 31 de 2025

LA CLINICA DE FRACTURAS TAYRONA IPS S.A.S

CERTIFICA:

Que la señora **CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA**, identificada con cedula de ciudadanía N° 1193465670 de Santa Marta (Magdalena); presto sus servicios en nuestra empresa en el cargo de **MEDICO** en el periodo comprendido del 1 de Noviembre de 2024 hasta el 31 de enero de 2025.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada a los Treinta y un (31) días del mes de Enero de 2025.

Atentamente,

Vera Martinez

VERA MARTINEZ ZUÑIGA
Asistente Administrativo y de
Talento Humano.

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Carmen Alicia Ramos Fonseca, identificado(a) con CC número 1193465670, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1193465670
NOMBRES Y APELLIDOS	Carmen Alicia Ramos Fonseca
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	26/07/2000
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2013
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	357 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/03/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1193465670 Trabajador Independiente
Desde 01/03/2025 - Vigente

Generado por interfaces 03/03/2025

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1193465670,** se encuentra afiliado/a desde **27/08/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de marzo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND
SANTA MARTA D.T.C.H.

NIT 819.004.070-5

ALCALDÍA DE SANTA MARTA
Distrito Turístico, Cultural e Histórico

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

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

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento	cedula ciudadanía	Número de documento	1193465670	Lugar de expedición	Santa Marta		
Primer apellido	Ramos	Segundo apellido	Fonseca	Nombres	Carmen Alicia		
Nacionalidad	Colombiana	Dirección de domicilio	Carrera 24 no 16-04 edificio jardín de santa ana				
Departamento	Magdalena	Ciudad / Municipio	Santa Marta/Magdalena	Correo electrónico	c.a.r.f@hotmial.es		
Número de contacto	3058137829	Lugar de nacimiento	Santa Marta	Fecha de nacimiento	26/07/2000	Estado civil	Soltera
Actividad principal que desempeña actualmente	Medico General					Código actividad en RUT (4 dígitos)	8621-8649

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres	Alicia Fonseca	Dirección	Carrera 24 no 16-04	Teléfono	3058562832
Apellidos y nombres	Milagros Ramos	Dirección	Mnz F casa 2 Villa marina	Teléfono	3043922844

PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (PEP)

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

INFORMACION FINANCIERA

Ingreso mensual	3.400.000	Otros ingresos mensuales		Total ingresos mensuales	3.400.000	Total egresos mensuales	3.400.000
Total activos	80.000.000	Total pasivos	75.000.000	Información financiera a corte			
Indique el concepto de otros ingresos							

INFORMACION BANCARIA

Entidad bancaria	BANCOLOMBIA	Número de cuenta	77964082432	Tipo de cuenta	AHORROS
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	

OPERACIONES INTERNACIONALES

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

INFORMACION BANCARIA

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

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

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

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

DECLARACIONES ADICIONALES

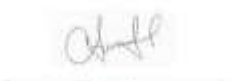
¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI		NO	X	¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton?	SI		NO	X

PROTECCION DE DATOS PERSONALES

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

SI	X	
NO		

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



Firma

Certificado
Bancario

Miércoles, 10 de febrero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA identificado(a) con CC 1193465670, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	77964082432	2016/08/16	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

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

DATOS DEL PACIENTE



Fecha	**10/12/2024 07:30:00**	Cargo	**MEDICO GENERAL**		
Empresa	**PARTICULAR**				
Nombre	**CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA**				
Doc. Identidad	**CC 1193465670**	Edad	**24 Años**	Género	**Femenino**
Dirección	**CRA 24 N. 16-04 BRR JARDIN**			Teléfono	**3058137829**
Escolaridad	**Profesional**				
Eps	**EPS SANITAS**				

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

HEMOGRAMA, COC, THC, BACILOSCOPIA, VISIOMETRIA, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, PSICOLOGIA

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES
USO DE LENTES MEDICADOS.

- CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA DE LA EPS.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 682 DEL 29 DE ABRIL DEL 2.022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente. Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del informe medico ocupacional de aptitud.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA
CC: 1193465670
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA Teléfono: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845
Email: PREVENIR1ASANTAMARTA@HOTMAIL.COM

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION

Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

VISIOMETRÍA Fecha examen: **10/12/2024**

Doc. Identidad **CC 1193466670** Nombre **CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA** Fecha Nacimiento **26/07/2000**
Entidad **PARTICULAR** Edad **24 años** Ocupación **MEDICO GENERAL**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa ESE Cargo MEDICO GENERAL Antiguedad del cargo
Fondo de Pensión EPS EPS SANITAS ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual **HACE UN AÑO** Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL (X) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	20/20	0.50		20/25	0.50
OI	20/20	0.50		20/25	0.50
AO	20/20	0.50		20/25	0.50

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

OD
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ( ) Pterigio N ( )
Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( )
Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( )
Ptosis palpebral ( ) Otros:

OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival ( ) Pterigio N ( )
Pterigio T ( ) Pinguécula ( ) Nevus ( ) Blefaritis ( )
Blefaritis seborreica ( ) Secreción ( ) Leucoma Corneal ( )
Ptosis palpebral ( ) Otros:

MOTILIDAD OCULAR

VL: VP: HISHBERG:
Ducciones: Versiones: PPC:

INTERPRETACION

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	(X)	(X)
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Caguera al color ( )		
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Caguera al color ( )		

IMPRESION DIAGNOSTICA

	OD	OI
Emetropia	( )	( )
Ametropia	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )

Otros:

RECOMENDACIONES

Valoración por optometria clinica ( ) Valoración por oftalmologia ( )
Control Visiometria (X)

QUERATOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNOSTICOS (Codigo - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

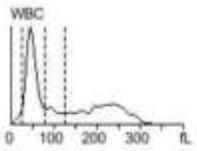
Informe de análisis de hematología

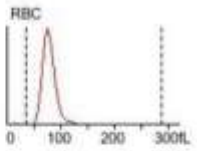
Nombre de pila: CARMEN RAMOS
Apellido(s):
Hora de análisis : 2024/12/10 09:11

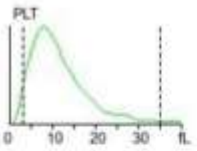
Tipo de muestra:
ID de muestra: 1193465670
Edad:

PREVENIR IA S.A.

Parámetro	Resultado		Rango de ref.	Unidad
1 WBC	**6.23**		**3.50-9.50**	**10^3/uL**
2 Lym%	44.2		20.0-50.0	%
3 Gran%	44.8	↓	50.0-70.0	%
4 Mid%	11.0	↑	3.0-9.0	%
5 Lym#	2.75		1.10-3.20	10^3/uL
6 Gran#	2.79		2.00-7.00	10^3/uL
7 Mid#	0.69		0.10-0.90	10^3/uL
8 RBC	**4.64**		**3.80-5.80**	**10^6/uL**
9 HGB	11.9		11.5-17.5	g/dL
10 HCT	37.6		35.0-50.0	%
11 MCV	81.0	↓	82.0-100.0	fL
12 MCH	25.6	↓	27.0-34.0	pg
13 MCHC	316		316-354	g/L
14 RDW-CV	13.9		11.5-14.5	%
15 RDW-SD	38.5		35.0-56.0	fL
16 PLT	**296**		**125-350**	**10^3/uL**
17 MPV	8.7		7.0-11.0	fL
18 PDW	10.2		9.0-17.0	fL
19 PCT	0.257		0.108-0.282	%
20 P-LCR	18.8		11.0-45.0	%
21 P-LCC	56		30-90	10^3/uL







Grase Socarras C.

Dra. Grase socarras casado
Microbiologa clinica Univesidad
popular del Cesar
T.P: 1065582385
Carrera 20#12 -32 San Francisco
Celular: 3126700249-3104423845
Correo electronico: prevenir1asantamarta@hotmail.com

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 - 3104423845
Santa Marta

Impreso	10 dic 2024 11:19:24 am		RESULTADOS				Software Baslab v20191230
Sede	**PRINCIPAL**						Página 1 de 1
Paciente	**RAMOS FONSECA CARMEN**			Sexo F	Edad 24A 4M 15D	**Nro. De Recepción**	**119640**
Identif.	CC 1193485670	Teléfono			Fecha De Recepción	10 dic 2024 07:17:41 am	
Entidad	PARTICULAR			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA JOSE		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
PRUEBAS ESPECIALES			
1. Cocaina en Orina	Negativo		
	Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO	Fecha Reporte	10 dic 2024 10:34 am
2. MARIHUANA EN ORINA	Negativo		
Inmunocromatografia			
	Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO	Fecha Reporte	10 dic 2024 10:34 am
MICROBIOLOGIA			
3. Bacilo Acido Alcohol Resistente (B.A.A.R)	NEGATIVO		
Muestra Estudiada	ESPUTO		
	Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO	Fecha Reporte	10 dic 2024 10:34 am

Grase Socarrás C.
CC 1065582385

Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad Popular del César

PREVENIR 1A SA
CRA 20#12-32
SANTA MARTA
TEL: 4237121
NIT: 819001920-7

INFORMACIÓN GENERAL PRUEBA GHQ-28

CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA

Fecha de interpretación de prueba: 10/12/2024

Edad: 24 AÑOS

Fecha de nacimiento: 26/07/2000

Nivel académico: PROFESIONAL

Numero de Identificación: 1193465670

Evaluador

Cristian Alfonso Gomez Yanet , Psicólogo

Test aplicado

GHQ-28

Resultados

Luego de la aplicación del GHQ -28, el paciente obtuvo una puntuación directa 0 en síntomas somáticos, 0 puntos en ansiedad - insomnio, 0 puntos en disfunción social y 0 puntos en depresión

Análisis de resultados

Paciente alopsiquica y autopsiquicamente consciente, presenta buena salud general autopercibida.

Sugerencias

Ninguna

Cristian Alfonso Gomez Yanet
PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
C.C. 1083918742 T.P. 208468
T.C.S.E.T - 021/2023

FIRMA EVALUADOR
T.P. 208468



INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha	Oficina radicación	Número de cotización	Número de póliza	Documento
BARRANQUILLA, 2025-03-07	035 - BARRANQUILLA	03004951250307797096	900001229513	EXPEDICIÓN MODIFICACIÓN

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

Vigencia del movimiento		Días de vigencia del movimiento
Desde las 24:00 horas del 2025-03-06	Hasta las 24:00 horas del 2025-09-09	187

Moneda
COP

ASESOR

Nombre	Código
CRISTY RICO SEGUROS LIMITAD	9664

TOMADOR

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Tomador principal	Calidad Tomador	Dirección de correspondencia
CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA	CEDULA DE CIUDADANIA	1193465670	✓	En nombre propio	sin direccion en modelo de clientes

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



RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO

Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación
CARMEN ALICIA RAMOS FONSECA	CEDULA DE CIUDADANIA	1193465670

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Médico General- | Valor asegurado: $500.000.000

Fecha de retroactividad: 09/09/2024

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)	$50.000.000	$50.000.000	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Periodo adicional para notificaciones	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Asistencia jurídica telefonica			
Responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o personales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Errores y Omisiones en Dictamenes periciales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad Civil profesional	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

CONDICIONES PARTÍCULARES

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

Cláusulas

Cláusula gastos de defensa en procesos penales

Se cubren los gastos de defensa en procesos penales que sean concomitantes con y surjan a raiz 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.

Periodo adicional para notificaciones

Si SURA o el profesional de la salud deciden terminar, revocar o no renovar este seguro por razones diferentes al no pago de la prima, el profesional podrá contratar, en acuerdo con la aseguradora, un Periodo Adicional de Notificación siempre y cuando no contrate un nuevo seguro que cubra el mismo riesgo que este. El Periodo Adicional de Notificación se refiere exclusivamente a Actos Incorrectos ocurridos mientras este seguro haya estado vigente.

Para obtener este periodo adicional de notificaciones, el profesional deberá comunicar por escrito a SURA su intención de contratarlo máximo hasta 10 días calendario antes de la fecha en la que se revocaría o no renovaría el seguro y deberá pagar la prima adicional establecida por la aseguradora, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la mencionada fecha.

Las Reclamaciones que se presenten durante el Periodo Adicional de Notificación afectarán el valor asegurado que tenía disponible el cliente al momento de la revocación o no renovación del seguro.

El costo de este periodo adicional de notificaciones será:

- 68% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 12 meses.
- 108% de la prima pagada en la última vigencia, para un período adicional de notificaciones de 24 meses.

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.

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

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.

Cláusulas adicionales

BENEFICIARIO: ESE Alejandro Próspero Reverend con NIT 819004070-5 Avenida del Libertador # 25-67. Santa Marta DTCH, Magdalena

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

Textos y aclaraciones

Con fecha 17 de enero de 2025, por solicitud del cliente se modifica ubicación del predio y se hace anotación en clausulas adicionales:

VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Tasa	Valor asegurado	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
0,7614‰	$500.000.000	$17.741	$3.371	$21.112
			Valor total a pagar más IVA	**$21.112**

VALOR A PAGAR DEL SEGURO

Solución	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	$17.741	$3.371	$21.112
VALOR TOTAL	**$17.741**	**$3.371**	**$21.112**



ASESORES

Código	Nombre del asesor principal	Líder
9664	CRISTY RICO SEGUROS LIMITAD	✓

CONDICIONES GENERALES

DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES

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



Firma autorizada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

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