

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSION 1	Código: FR-RH-97	
	DOCUMENTOS DE PROVEEDOR PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN.	FECHA VIGENCIA 2024/06/21	DOCUMENTO CONTROLADO	

NOMBRE: <u>Carlos Uscalo</u>		OCUPACIÓN: <u>Medico</u>		PROGRAMA: _____	
------------------------------	--	--------------------------	--	-----------------	--

No.	DOCUMENTOS PROVEEDOR	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Propuesta	✓		
2	Formato único hoja de vida de la función pública. SIGEP II	✓		
3	Publicación proactiva declaración bienes rentas y registro de conflicto de interés	✓		
4	Copia documento de identificación. (copia de ambas caras legibles)	✓		
5	Foto Reciente 3 x 4, en físico o digital	✓		
6	Soportes que acrediten la formación académica consignada en la hoja de vida. (Diploma y Acta de Grado)	✓		
7	Soportes que acrediten la experiencia consignada en la hoja de vida.	✓		
8	Copia del Registro Unico Tributario RUT. (Vigente)	✓		
9	Aporte documento que acredite su situación militar definida (hombres menores de 50 años), este requisito se validará en la etapa de selección del proveedor.	✓		
10	Certificación bancaria de la cuenta en que se harán los pagos pactados (No mayor a 30 días)	✓		
11	Certificado afiliación sistema de salud, planilla afiliación o copia de ADRES, como cotizante nivel contributivo y certificado de afiliación a pensión - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
12	Certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
13	Certificado de antecedentes fiscales, expedido por Contraloría General de la República - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
14	Certificación de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
15	Certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas, RNMC - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
16	Certificación de antecedentes de delitos sexuales, expedido por la Policía Nacional de Colombia, Decreto No. 753 de 2019 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
17	Certificado del registro de deudores alimentarios morosos (REDAM), expedido por la autoridad competente, Ley 2097 del 2 de julio del 2021 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
18	Declaración SARLAF - Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
19	Certificación de Compromiso de Seguridad y Confidencialidad - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
20	Certificado médico de salud ocupacional legible, expedición no mayor a un (1) año - Área de la Salud / No mayor a dos (2) años - Administrativos	✓		
21	Certificado de antecedentes disciplinarios legible expedido por la entidad correspondiente (cuando aplique según la profesión. Ejemplo: Médicos certificación del Tribunal Nacional de Ética Médica)	✓		
22	Tarjeta profesional legible	✓		
DOCUMENTOS ADICIONALES				
23	Certificado en Atención Integral en Víctimas de Violencia Sexual - (Personal Asistencial)	✓		
24	Carnet de Vacunación que incluya vacuna fiebre amarilla y Hepatitis B - (Personal Asistencial)	✓		
25	Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud - RETHUS (Si aplica)	✓		
26	Póliza Responsabilidad Civil. (Médicos y especialistas - 200 SMMLV) - (Enfermero, Odontólogo, Bacteriólogo - 100 SMMLV)	✓		
27	Diagnóstico y manejo clínico de dengue (OPS). (Si aplica)	✓		
28	Humanización del Servicio. (Si aplica)	✓		
29	Certificación Regentes, expedida por la Secretaría de Salud del Meta. (Si aplica)	✓		
30	Servicio al ciudadano - Certificado de Competencias Laborales. (Si aplica)	✓		
31	Carnet Vacunas - Covid -19. (Si aplica)	✓		
32	Curso en Alturas. (Si aplica)	✓		
33	Certificación del curso de Enfoque Psicosocial para la atención Integral en Salud de población Víctima del conflicto armado - PAPSIVI, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social o una entidad certificada en formación académica.			
MEDICO				
34	Certificación en curso de 40 horas en Soporte Vital Avanzado.	✓		
35	Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.	✓		
36	Constancia de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.	✓		
37	Certificado de Donación de órganos.	✓		
38	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT.	✓		
ENFERMERA/O (Los nueve (9) cursos) / AUXILIAR DE ENFERMERÍA (Números 39, 40, 41, 42, 43)				
39	Certificación en Programa Ampliado de Inmunización PAI.			
40	Toma de Citología.			
41	Soporte Vital Avanzado 40 horas - Enfermera / Soporte Vital Básico 20 horas - Auxiliar de enfermería.			
42	Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.			
43	Constancia de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.			
44	Manejo del dolor y cuidados paliativos.			
45	Asesoría de VIH.			
46	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT			
47	Retiro e Inserción de Implantes.			
ODONTOLOGO / TECNICO EN RADIOLOGIA				
48	Curso en Radio Protección			
49	Otros			

NOTA 1: Las certificaciones que acreditan los cursos requeridos, debe tener vigencia no mayor a dos (2) años. Los documentos se deben aportar en una Carpeta cuatro aletas desacidificada, color blanco.

NOTA 2: El proveedor debe estar registrado en la Plataforma Transaccional del Sistema Electrónico de Contratación pública - SECOP II y en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público al servicio de la administración pública y de los ciudadanos - SIGEP II.

Los documentos de proveedor mencionados aplica para los Profesionales, Tecnólogos, Técnicos, auxiliares administrativos y auxiliares de mantenimiento, del área Asistencial y Administrativa de La Empresa Social del Estado del Departamento de Meta - E.S.E "SOLUCIÓN SALUD"

FIRMA QUIEN RECIBE: <u>Konno Baubrey</u>	FECHA: _____
--	--------------



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO URQUIJO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MENDOZA	NOMBRES CARLOS EDUARDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1016100762	GENERO F ☐ M ☒ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 22 MES 11 AÑO 1997 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 104 16 28 BARRIO LA LAGUNA , RESERVA DE CANTABRIA PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. TELÉFONO 3053691214 EMAIL CARLOSURQUIJO9722@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	2014

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

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		CURSO DE INTEGRIDAD TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION	01	2025
MEDICOL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	24	X		LENGUAJE CLARO	01	2025
MEDICOL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Humanización en los Servicios de Salud	01	2025
MEDICOL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Atención al Usuario de la Salud	01	2025
MEDICOL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Cuidado y Seguridad del Paciente - SP	01	2025
MEDICOL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Lavado de Manos	01	2025
MEDICOL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Elementos de Protección Personal - EPP	01	2025
MEDICOL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		SALUD MENTAL	01	2025
MEDICOL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		ASESORIA VIH	01	2025
MEDICOL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico	01	2025

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
MEDICOL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado	01	2025
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		MIPG	01	2025
medical	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Correcto Llenado del Certificado de Defunción	01	2025
ENTHA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	24	X		GESTION DE DUELO	09	2024
ENTHA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	24	X		BLS -ACLS	04	2024
ENTHA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	46	X		CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	07	2023
socomeg	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		curso Gestión operativa de la donación de órganos y tejidos.	05	2023
ENTHA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE AGENTES QUIMICOS	05	2023

4

IDIOMAS

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)

5

GERENCIA PUBLICA

LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL - FUENTEDEORO	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL - FUENTEDEORO							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

6

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3849160			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	23	Mes	05	Año	2023	Día		Mes	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO AMBULATORIO			DEPENDENCIA AREA DE MEDICINA				DIRECCIÓN CALLE 9 39 46 Dirección Sede administrativa					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL - FUENTEDEORO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO FUENTE DE ORO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3053691214			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	02	Año	2025	Día		Mes	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			DEPENDENCIA AREA DE MEDICINA				DIRECCIÓN CARRERA 14 14 36					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 6610200			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	26	Mes	05	Año	2024	Día		Mes	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA CENTROS MEDICOS					DIRECCIÓN CALLE 37 41 60 BARRIO BARZAL ALTO				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO FUENTE DE ORO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3053691214			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	13	Mes	01	Año	2025	Día	27	Mes	01
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA DEPARTAMENTO MEDICO					DIRECCIÓN CALLE 15 2 4				

7

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				

8

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

9

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ~~NO~~ ^{SI} 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

BOGOTA 09 DE AGOSTO DE 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

10

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

Tipo de declaración	INGRESO			Fecha de publicación	2025-08-12 10:40		
---------------------	---------	--	--	----------------------	------------------	--	--

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARLOS	CARLOS EDUARDO	URQUIJO	MENDOZA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1016100762

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD				
Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO
Dirección	["Calle 37 No. 41 - 80"]				
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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$10.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$10.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO ESTUDIANTEL	\$120.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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☒

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☒

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☒

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

☒

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

☒

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:

--

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.016.100.762

URQUIJO MENDOZA

APELLIDOS

CARLOS EDUARDO

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DE DEDO

FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1997

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

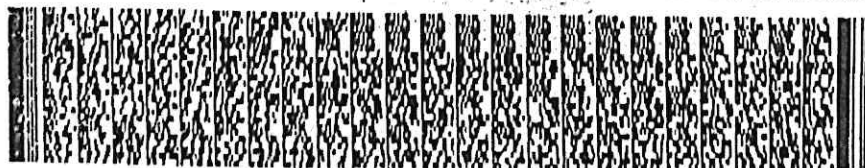
1.64
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACIA



P-1500150 01064095-M-1016100762-20190301

00647043753.3 0007405091





UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

D-0005246

ACTA DE GRADO N° 18073

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

FUNDAMENTOS LEGALES

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

OTORGAMIENTO DEL TÍTULO

La Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada, teniendo en cuenta que la FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD, por intermedio de su Decano(a) y la División de Admisiones, Registro y Control Académico por intermedio de su Jefe, han informado que el(la) señor(a) Carlos Eduardo Urquijo Mendoza, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 1.016.100.762 de Bogotá D.C., ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos internos de la Institución y las normas legales pertinentes resuelve, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, otorgarle el título de Médico quedando registrado su diploma y acta de grado en el Libro 10 Registro 18073.

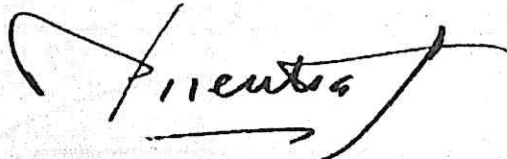
Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7° del Decreto N° 2725 del 10 de octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.

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

Siguen firmas al respaldo....



Doctora MARTHA LUCÍA OVIEDO FRANCO
Vicerrector(a) Académico(a)



Brigadier General (RA) LUIS FERNANDO PUENTES TORRES
Rector

ACTA DE PROFESIONAL 18073



Coronel (RA) ARIEL RAMIRO GAITÁN QUIROGA
Jefe División de Admisiones, Registro y Control Académico



Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

En consideración a que:

Carlos Eduardo Arquijo Mendoza

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

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

Médico

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


Rectora

Acta de Grado N° 18073
Registro N° 18073

Jefe División de Admisión, Registro y Control


Decana de la Facultad

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

D-0005246

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) CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA; con documento de identidad No, 1016100762 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Total Contrato	Valor Honorarios Mensuales	Unidad
1	2023	5306-2023	MEDICO GENERAL	23/05/2023	31/01/2024	\$24376708.2	\$4301772	SUBRED
2	2024	3063-2024	MEDICO GENERAL	01/02/2024	30/04/2024	\$15814428	\$4301772	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

MEDICO GENERAL

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

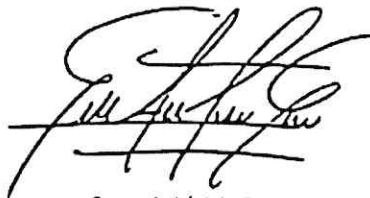
La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los nueve(9) días del mes de Agosto de 2025, la cual no tiene fecha de expiración

Hu2gh56i@#\$8zX

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

Atentamente,



Gustavo Andrés Lobo Garrido
DIRECTOR CONTRATACIÓN SUBGERENCIA CORPORATIVA

COPIA PARA EL ARCHIVO

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141172072682	
				 (415)7707212489984(8020) 000014117207268 2	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 6 1 0 0 7 6 2		6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 1 0 1 6 1 0 0 7 6 2	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1	
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1		31. Primer apellido URQUIJO		32. Segundo apellido MENDOZA	
33. Primer nombre CARLOS		34. Otros nombres EDUARDO		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
41. Dirección principal CR 104 # 16 - 28 TO 1 AP 401					
42. Correo electrónico carlosurquijo9722@gmail.com					
43. Código postal 1 1 0 9 2 1		44. Teléfono 1 3 0 5 3 6 9 1 2 1 4		45. Teléfono 2 3 1 0 7 6 4 6 5 1 8	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código
8 6 2 1	2 0 2 3 0 2 0 6	8 6 1 0	2 0 2 3 0 2 0 6	1 8 2 9 9	2
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 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					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
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 URQUIJO MENDOZA CARLOS EDUARDO					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS**

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO

CERTIFICA

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

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

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

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 12 días del mes de Agosto de 2025, a las 7:19:06 AM.

Cordialmente,

CR. JOAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Generó: Sistema de Información
de Reclutamiento

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

PATRIA HONOR LEALTAD

Carrera 11B No 104* – 64 Piso 4*
Bogotá. D.C.

corec@ejercito.mil.co <http://www.ejercito.mil.co/> www.reclutamiento.mil.co



El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.016.100.762 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 043991033, abierta/o desde el 26/6/2025.

Se expide en Bogotá el día 9 del mes de Agosto del año 2025



Firma Autorizada

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1016100762**, se encuentra afiliado/a desde **08/02/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de agosto 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

SaludTotal.

BOGOTA, Agosto 14 de 2025

Señor:

URQUIJO MENDOZA CARLOS EDUARDO

CC. 1016100762 - 6949458

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 28 de 2025. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
URQUIJO MENDOZA CARLOS EDUARDO	1016100762	C	Jun-28-2025	0	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	1016100762	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

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



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016100762
NOMBRES	CARLOS EDUARDO
APELLIDOS	URQUIJO MENDOZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:08/09/2025 03:26:04

Estación de origen:2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 278248865



PIB

07:31:45

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de agosto del 2025

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

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de agosto de 2025, a las 07:32:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1016100762
Código de Verificación	1016100762250812073241

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:33:27 AM horas del 12/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1016100762**

Apellidos y Nombres: **URQUIJO MENDOZA CARLOS EDUARDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/08/2025 07:34:29 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1016100762** y Nombre: **CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **121361712**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

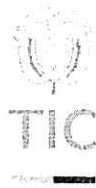
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:36:30 horas del 12/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1016100762**,
Apellidos y Nombres **URQUIJO MENDOZA CARLOS EDUARDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **EMPRSA SOCIAL DEL ESTASDO**, con NIT **822006595-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



**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 1016100762 **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 09/08/2025 03:36 AM



Código Verificación: 5RTAJNSCKX

Válida hasta: 07/11/2025

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"		VERSIÓN 01	Código: FR-RH-98	
	VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL SARLAFT/FPADM Y DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS		VIGENCIA 2024/10/25	DOCUMENTO CONTROLADO	

DATOS DE SOLICITUD						
FECHA DE SOLICITUD:		22-08-2025				
TIPO DE SOLICITUD: (marcar con X)		VINCULACIÓN		X		ACTUALIZACIÓN
TIPO DE USUARIO: (marcar con X)		CLIENTE	X	CONTRATISTA	PROVEEDOR	

DATOS BASICOS DE PERSONA NATURAL						
NOMBRE COMPLETO			PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
CARLOS EDUARDO			URQUIJO		MENDOZA	

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (marcar con X)						
Cedula ciudadania	X	Pasaporte		Cedula Extranjeria		Otro ¿CUÁL?
NÚMERO DE IDENTIDAD		FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		
1016100762		15 3 2016		BOGOTA		
FECHA DE NACIMIENTO:		22/11/1997		LUGAR DE NACIMIENTO: (País, departamento y ciudad)		COLOMBIA-BOGOTA D.C-BOGOTA D.C
GÉNERO: (marcar con X)		F (Femenino)		M (Masculino)		X

OCUPACIÓN (marcar con X)						
EMPLEADO	X	PENSIONADO		EMPLEADO CON NEGOCIO		
INDEPENDIENTE		RENTISTA		OTRO ¿CUÁL?		

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA						
BARRIO	TELÉFONO RESIDENCIA		CIUDAD	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	
FONTIBON	3053691214		BOGOTA	BOGOTA	CARLOSURQUIJO9722@GMAIL.COM	
NÚMERO DE CELULAR						

TIPO DE VIVIENDA (marcar con X)						
PROPIA		FAMILIAR		ARRENDADA	X	
PERSONAS A CARGO:						
VALOR ARRIENDO:		GASTOS FAMILIARES:				

INFORMACIÓN LABORAL						
NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO			DETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)			
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE "SOLUCION SALUD"						
CARGO:	MEDICO GENERAL		FECHA DE INGRESO		TIPO DE VINCULACIÓN	
CIUDAD:	BOGOTA		dd	mm	aaaa	FIJO INDEFINIDO OTRO ¿Cuál?
DIRECCIÓN:	KR 104 # 16-28		9	8	2025	X
TELÉFONO:	3053691214					

SI USTED ES UN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN						
POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:		SI	NO	SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR		
Maneja recursos públicos			X			
Ejerce algún grado de poder público			X			
Goza de reconocimiento público			X			

INFORMACIÓN FINANCIERA						
POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA						
PRODUCTO FINANCIERO	NÚMERO	ENTIDAD	SUCURSAL	ANTIGÜEDAD		
CUENTA DE AHORROS	43991033	BANCO DE BOGOTA	BOGOTA	2 MESES		

OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA		INDIQUE CUALES:			OTRAS	
SI	NO	IMPORTACIONES	EXPORTACIONES			

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR						
INVERSIONES	TRANSFERENCIAS		OTRAS		¿CUALES OTRAS?	
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

SUMINISTRO Y ACTUALIZACION DE INFORMACION						
EL SERVIDOR PÚBLICO <u>X</u> PROVEEDOR <u> </u> CONTRATISTA <u> </u> se obliga con la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.						
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES						

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente: Declaración de origen de fondos a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud.

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Comprendo y acepto que las bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como SERVIDOR PÚBLICO y/o CONTRATISTA, son de propiedad de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al cargo suscrito con la entidad.

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

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co, quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

La Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud lo informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud o en las que ésta participe directa o indirectamente. Manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud.

Conozco y me comprometo a cumplir con el Código de Ética, Buen Gobierno y Transparencia y todos los lineamientos definidos para la prevención y Administración del Riesgo de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FPADM, declaración y resolución de conflictos de interés, y demás programas orientados a la prevención y gestión del riesgo.

Autorizo a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, a consultar y verificar mis datos en las centrales de información y/o bases de datos públicas, especialmente en las listas establecidas para el control y prevención de Lavado de Activos y la Financiación de Terrorismo.

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo obrando en nombre propio y en calidad de miembro directivo de la, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

- No he sido declarado responsable penalmente por delitos contra la administración pública, el orden económico social y contra el patrimonio económico y no he implicado, ni utilizado a la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud en la comisión de estos delitos.
- No he sido sancionado con la declaración de caducidad de un contrato celebrado con una entidad pública, que haya implicado la utilización de la entidad

Ni yo, ni ninguno de los miembros inmediatos de mi familia hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante), tenemos intereses privados que puedan entrar en conflicto con mis obligaciones para con la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud".

En el caso de que una o varias de las situaciones anteriormente mencionadas cambien, es mi deber personal, informar con oportunidad el hecho acontecido para así tomar las medidas pertinentes con base en los marcos normativos vigentes.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Declaro de forma libre y voluntaria mis conflictos de interés y me comprometo a realizar la actualización de esta información de acuerdo con lo requerido por el Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. En caso de encontrarme implicado o evidenciar un conflicto de interés, declaro que lo informaré de manera oportuna a la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud". Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, proporcione por favor la información solicitada.

¿En la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" laboran o prestan servicios de cualquier índole algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante)?	SI	NO	X
---	----	----	---

Vínculo familiar/ Parentesco	Nombre completo	No. de identificación	Cargo

¿Es dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado de empresas, sociedades, consorcios, negocios, establecimientos comerciales y/u organizaciones que tengan relación comercial con la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"?	SI	NO	X
--	----	----	---

NIT	Razón social/ Nombre de la empresa	Tipo de vínculo (dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado)

¿Tiene algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante) que sea socio o accionista con más de treinta por ciento (30%) de participación en una empresa o que tenga el control de la misma y que a su vez dicha empresa sea cliente o proveedor de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"?	SI	NO	X
--	----	----	---

Vínculo familiar/ Parentesco	Nombre completo	No. de identificación	Razón social / Nombre de la empresa	% de participación

¿Ha ofrecido directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, clientes, directivos y funcionarios de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud", o cualquier tercero, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de los servicios que presta a la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"?	SI		NO	X
--	----	--	----	---

Por favor amplie la información:

¿Ha usado su posición como directivo de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud", así como la reputación y logos de la entidad con el fin de obtener beneficios, para usted o terceros?	SI		NO	X
---	----	--	----	---

Por favor amplie la información:

¿Ha revelado algún tipo de información privada, semiprivada o sensible de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" a la que tenga acceso en el ejercicio de sus actividades, para beneficio personal, de algún familiar cercano o de un tercero? (Ley 1561/2012)?	SI		NO	X
---	----	--	----	---

Por favor amplie la información:

FIRMA Y HUELLA	
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado en el presente documento, declaro que la información que he suministrado es veraz y proceda con la firma del documento	
 FIRMA	 HUELLA

CAMPO EXCLUSIVO PARA VALIDACIÓN POR EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO			
VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		DILIGENCIAR EN CASO DE REQUERIR AMPLIAR INFORMACIÓN	
Fecha:		Hora:	OBSERVACIONES:
Nombre:			
Cargo:			
Firma:			

En caso de diligenciamiento electrónico:

Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.	
	HUELLA

DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS NATURAL: Se anexarán los documentos que se estipulen en el proceso correspondiente, de acuerdo con el tipo de relación o vínculo con la entidad.
--

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION	
Resultado de verificación de datos:	
	FECHA : HORA:

VoBo. Oficina Jurídica _____

VoBo. Planeación (Calidad) _____

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

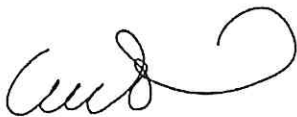
Yo CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA, identificado con la cédula No. 1016.100.762 me permito manifestar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD - que:

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

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

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

Se expide el, 09 de Agosto de 2025



Firma

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA

C.C. 1016.100.762

DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 13/8/2025

Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional Ingreso

Nombres y Apellidos: Carlos Eduardo Urquijo Mendoza

Documento: 1016100762

Edad: 27 . Género: M.

Ciudad residencia: Bogotá .

Empresa: PARTICULAR

Cargo:

EXÁMENES REALIZADOS

Optometría, Examen Médico Osteomuscular, Audiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Eduardo Urquijo con documento de identificación No 1016100762 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: NO DATOS SUGESTIVOS DE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR.

OPTOMETRÍA: NORMAL - NO REQUIERE CORRECCIÓN VISUAL

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO SEGÚN PROFESIOGRAMA

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONÓMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. RECOMENDACIONES DE CUIDADO PARA LA VOZ:
HIDRATACION FRECUENTE
EVITAR CAMBIOS BRUSCO DE TEMPERATURA
LIMITAR LA INGESTA DE BEBIDAS QUE CONTENGAN ALCOHOL O CAFEINA
EVITAR COMIDAS PICANTES O MUY CONDIMENTADAS.
EJERCICIOS DE VOZ. NO FUMAR
EVITAR ENJUAGUES BUCALES CON ALCOHOL.
6. EJERCICIO AEROBICO
7. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 1.5 A 2 MTS
EVITAR LOS CONTACTOS ESTRECHOS POR MAS DE 15 MIN SIN TAPABOCAS
USO PERMANENTE DE TAPABOCAS
LIMPIEZA DE PUESTO DE TRABAJO
LAVADO DE MANOS SEGÚN TECNICA DE LA OMS
ESQUEMA DE VACUNACION PARA INFECTO CONTAGIOSAS SEGÚN PROFESIOGRAMA
8. ALIMENTACIÓN BALANCEADA
9. CONTROL DEL PESO
10. CONTROL VISUAL ANUAL
11. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Evita el consumo de alcohol y drogas
Ayuda a los demás
Mantén hábitos de sueño

SIXTA VIVERO CARRASCAL
REGISTRO MÉDICO NO 55300504
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 583
16 DE FEBRERO DE 2021

FIRMA TRABAJADOR



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C101610076200261689

Código de verificación

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA**, identificado(a) con C.C. No. 1016100762 y T.P. o R.M. No. 1016100762 del(a) Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 11 agosto 2025 a solicitud del(a) interesado(a).


HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente



Calló 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO**

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
CARLOS EDUARDO URQUIJO
MENDOZA
CC 1016100762
MÉDICO
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, D.C.

GRADO: 14/12/2022
ReTHUS: 30/01/2023





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


Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

QR DIGITAL





CERTICLASS

NIT 901700101-8

CERTIFICA QUE

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA
IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.016.100.762

Asistió al Curso Básico de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 Horas

SE EXPIDE A LOS 15 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John Jairo Tovar López
GERENTE



John Jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

Certificado de Vacunación

Institución: _____

Nombre: Carlos Eduardo Ugueto

Identificación: 1016 1120762 Tel: _____

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

Cortesia de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Canis 1	1	28-01-20		
	2	28-04-20		
IB	1	10-08-2017		
IB	2	13-06-2018		
IB	3	28-01-2020		
IB	12	17 JUN 2020	A-BL-534B	
TD	1	03-02-2017		
TD	2	13-07-2018		
TD	3	17 JUN 2020	A-BL-534B	



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VIGILADO
Supersalud 

Consulte su certificado de vacunación en:

www.inmunosalud.com

NIT: 900.174.965-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011779802

NOMBRES:

Carlos Eduardo Uribe

DOCUMENTO:

7076700762

TELÉFONO:

3053 697274

VACUNA

DOSIS
REFUERZO

LOTE

FECHA APLICACIÓN

FIRMA VACUNADOR

HEPATITIS B

HEPATITIS A

1
DOSIS

1434033

10 ABO. 2017



Inmunosalud

2
DOSIS

1434034

13 JUN. 2018



Inmunosalud

3
DOSIS

13 julio

4
DOSIS

1
DOSIS

2
DOSIS

VACUNA

DOSIS
REFUERZO

LOTE

FECHA APLICACIÓN

FIRMA VACUNADOR

T. TETANICO DIFTERICO

TRIPLE
VIRAL

DPTA

1 ^a DOSIS	6041	3 FEB 17	 Inmunosalud
2 ^a DOSIS	2208 COLLA 1	13 JUN. 2018	 Inmunosalud
3 ^a DOSIS		13 DICIEM 2018	
4 ^a DOSIS			
REFUERZO			
1 ^a DOSIS			
1 ^a DOSIS			

Certificado Digital de Vacunación Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

CARLOS EDUARDO URQUINO MENDOZA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Numero de identificación / ID Number

1016100762

Fecha nacimiento / Date of birth

22/11/1997

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Numero de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

30 DIC 2022

Lote / Vaccine Batch

EN1195

ER1742

018022A

Vacuna / Vaccine

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

HOSPITAL

Centro vacunador / Administering Center

UNIDAD DE
SERVICIOS DE
SALUD EL TUNAL

UNIDAD DE
SERVICIOS DE
SALUD EL TUNAL

FONTICÓN
compensar | salud

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

12/03/2021

03/04/2021

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

En cola / In queue

En cola / In queue

Fecha de emisión del documento / Document issued

30/12/2022

30/12/2022

Linea de ayuda / Help line: 192 - soportevacuna@minsa.gov.co



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEB 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 Mi Vacuna

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

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.

Ver certificado en Mi Vacuna

Colombia



Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



ID: d1108410-03a6-40aa-8127-654d6d07a3

Nombres y apellidos / Full name

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 1 6 1 0 0 7 6 2

Fecha de nacimiento / Date of birth

22/11/1997

Pais nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (mòvil) / Phone number

3208520651

Correo electrónico / e-mail

CARLOSURQUIJO9722@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail[illegible]

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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

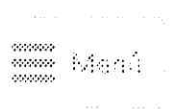
The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAWEB**, according to the **Wide Program of Immunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

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

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

SISPRO - Aplicativos Misionales



İnciler Sesi'nin

Registration:

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1016100762

Primer Nombre

CARLOS

Primer Apellido

URQUIJO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7936

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2025-08-12-->8:36:50 AM

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

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

2025-08-12-->8:36:50 AM

Información Académica

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

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar	Fecha	Fecha	Modalidad	Programa	Entic
------	------	-------	-------	-------	-----------	----------	-------

Prestación	Lugar Prestación	Prestación	Inicio	Fin	Prestación	Prestación	Reporte
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA NO APLICA	1900- 01-01	1900- 01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLE MED COLOMI

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

comutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 0180000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsa.gov.co

Terminos y condiciones



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 21-03-101030127	ANEXO No. 0
TOMADOR CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA			CC 1.016.100.762	
DIRECCION CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401			CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 3053691214
ASEGURADO CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA			CC 1.016.100.762	
DIRECCION CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401			CIUDAD BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 3053691214
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 20 / 08 / 2025	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 19 / 08 / 2025 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 19 / 08 / 2026		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 19 / 08 / 2025 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 19 / 08 / 2026	
INTERMEDIARIO SANIN ALIANZA LTDA	CLAVE 133456	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 300,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 300,000,000.00		\$ 60,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****300,000,000.00	PRIMA:	\$ *****234,065.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****44,472.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****278,537.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11005139748580 (3900) 000000278537 (96) 20251003

REFERENCIA
PAGO:
1100513974858-0

21-03-101030127

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TCM/CCR

HELBETHNOMESQUE

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Teléfono: 601-2166977, 601-6019330



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION BOGOTA, D.C.	SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 21-03-101030127	ANEXO No. 0
TOMADOR CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	DIRECCION CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	CC 1.016.100.762	TELEFONO 3053691214
ASEGURADO CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	DIRECCION CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	CC 1.016.100.762	TELEFONO 3053691214
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 20 / 08 / 2025	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 19 / 08 / 2025	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 19 / 08 / 2026	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 19 / 08 / 2025	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 19 / 08 / 2026
INTERMEDIARIO SANIN ALIANZA LTDA CLIENTE	CLAVE 133456	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar
tus datos de contacto conforme
a la Ley 2300, a través de
nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

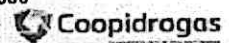
Ve a la opción PQR y selecciona
el tipo de solicitud. AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia

Seguros del Estado
Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá

Seguros del Estado
Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ *****300,000,000.00

PLAN DE PAGO: CONTADO

PRIMA: \$ *****234,065.00

IVA: \$ *****44,472.00

TOTAL A PAGAR: \$ *****278,537.00

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

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

CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL \$	



REFERENCIA
PAGO:
1100513974858-0

(415) 7709998021167 (8020) 11005139748580 (3900) 000000278537 (96) 20251003

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT.860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101030127	0
TOMADOR	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR/ ASEGURADO: CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA C.C. 1016100762
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:19/08/2025 AL 19/08/2026

UBICACION CONSULTORIO:NO

SINIESTRALIDAD:NO DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA:OCURRENCIA SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

CONDICIONADO GENERAL:FORMA 29/07/2022 1329 P 06 0000000E-RC-001A- D001

EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.

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

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: MEDICINA GENERAL

LIMITE ASEGURADO:\$ 300.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

COBERTURAS:

1.AMPARO BASICO

1.1.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

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

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

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

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

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

1.2GASTOS DE DEFENSA

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

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

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

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



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101030127	0
TOMADOR	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

2. EXTENSIONES DE COBERTURA

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

2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

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

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

2.2 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

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

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

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

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

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS.

PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE NO INFERIOR A: \$ 30.000.000

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

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE

LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO: \$ 300.000.000

100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS \$ 300.000.000

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD \$ 300.000.000

GASTOS DE DEFENSA POR EVENTO: HASTA \$ 15.000.000 POR VIGENCIA: HASTA \$ 60.000.000

DEDUCIBLES: GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

DEMÁS AMPAROS: 10% DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV

EXCLUSIONES

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

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

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



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101030127	0
TOMADOR	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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

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

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

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

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

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

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

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

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

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

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

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

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

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

EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

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

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

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

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

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

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

20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

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

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



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101030127	0
TOMADOR	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL CLINICA DEL ASEGURADO.
25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZ TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
- I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
- II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.
37. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION ESTRUCTURA.
38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CU EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVI INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPOR SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAME O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101030127	0
TOMADOR	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
ASEGURADO	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
50. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISSENTIMIENTO INFORMADO.
51. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
52. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.
54. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIO DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
- EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGUERESTADO NO SE RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:
56. CUANDO NO SE LLEVE UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
57. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:
- a) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENES.
- b) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y
- c) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
58. EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
59. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
60. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
61. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIO EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
62. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
63. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.
64. SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GA DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIR EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑ RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTOS ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.
65. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:
1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOMA MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE: A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
- B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
- A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA; B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
- C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.
- PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
- 1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	FOLIZA No.	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY		21-03-101030127	0
TOMADOR	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT TELEFONO 3053691214
ASEGURADO	CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA	CC	1.016.100.762
DIRECCION	CRA 104 # 16 - 28 TO 1 APTO 401	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 3053691214
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA

CONDICIONES ADICIONALES: FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

- CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:
CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.



6782aa95-52b0-4717-aa6b-4438ac1f59c9

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Carlos Urquijo

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

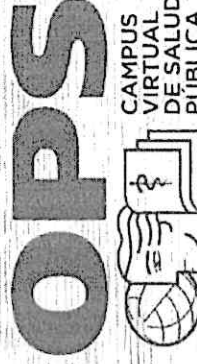
Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

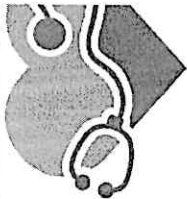
Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

11 de enero de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://icampus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6782aa95-52b0-4717-aa6b-4438ac1f59c9>



MEDICOL
certificaciones



DIPLOMA CERTIFICADO



OTORGADO A:

Carlos Eduardo Urquijo Mendoza

Identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° 1016100762

Asistió y Aprobó CURSO BASICO en:

Humanización en los Servicios de Salud

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional. 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.

30 de enero de 2025

Fecha

Representante Legal

Docente



CERTICLASS

NIT 901700101-8

CERTIFICA QUE

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA
IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.016.100.762

Asistió al Curso Básico de:

MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 20 Horas

SE EXPIDE A LOS 15 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John Jairo Tovar López
GERENTE



John Jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA



CERTICLASS

NIT 901700101-8

CERTIFICA QUE

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA
IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.016.100.762

Asistió al Curso Básico de:

PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad horaria de 20 Horas

SE EXPIRA A LOS 15 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2025. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015 MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John Jairo Tovar López
GERENTE



John Jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA



Escanee para verificar
tu certificado.

ENTHA®

CENTRO INTERACCIONAL DE ENTRENAMIENTO
EN EMERGENCIAS Y RESUCITACIONES

EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO

NIT: 900223619-0

CERTIFICA QUE:

Carlos eduardo Urquijo mendoza

CC: 1016100762

CURSO Y APROBO

Curso de Soporte Vital Básico y Soporte Vital Avanzado (BLS-ACLS) para Médicos en Salud.

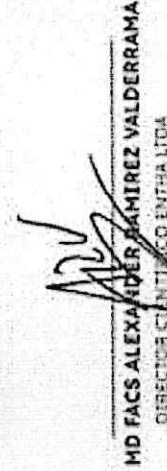
Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de Mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capítulo y numeral 8 del Ministerio de Educación Nacional. Según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de

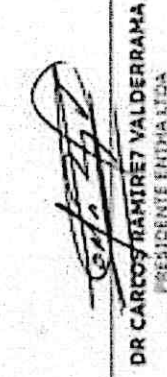
Barranquilla - Colombia, el día **12/08/2025**

Con una intensidad horaria de **48hr 0min 0sec**

Este Certificado tiene una vigencia de (02) años a partir de su fecha de emisión


MD. DR. JIMMY LARIOS HELENO
PRESIDENTE ACCAS


MD. FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CENTRICO ENTHA LTDA


DR. CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
PRESIDENTE ENTHA LTDA

entha.com.co



Escanea para verificar
tu certificado.



EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO

NIT: 900223619-0

CERTIFICA QUE:

Carlos eduardo Urquije mendoza

Registro del certificado: 391174cae9abcf77

CURSÓ Y APROBÓ

Curso de Gestión del Duelo

Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de Mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capítulo y numeral 8 del Ministerio de Educación Nacional. Según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de

Barranquilla - Colombia, el día 12/08/2025

Con una intensidad horaria de 24hrs 0min 0sec

Este Certificado tiene una vigencia de (02) años a partir de su fecha de emisión

Registro del certificado: 391174cae9abcf77

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTÍFICO ENTHA LTDA

DR CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
PRESIDENTE ENTHA LTDA





Escanea para verificar
tu certificado.



EMPRESA NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA EL TALENTO HUMANO

NIT: 900223619-0

CERTIFICA QUE:

Carlos eduardo Urquijo mendoza

CC: [point]

CURSO Y APROBO

Curso de Atención a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos

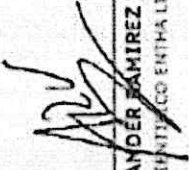
Cumpliendo satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por decreto 1075 del 26 de Mayo de 2015, la ley 115 de 1994 y decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capítulo numeral 8 del Ministerio de Educación Nacional. Según lo exigido por la resolución 3100 del 25 noviembre del 2019. Para su constancia se firma en la ciudad de

Barranquilla - Colombia, el día 12/08/2025

Con una intensidad horaria de 40hr 0min 0sec

Este Certificado tiene una vigencia de (02) años a partir de su fecha de emisión

Registro del certificado: 969c9cdc1ffa95ae


MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR GENERAL CO-ENTHA LTDA


DR CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
PRESIDENTE ENTHA LTDA



CERTICLASS

NIT 901700101-8

CERTIFICA QUE

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA
IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.016.100.762

Asistió al Curso Básico de:

DONACION DE ORGANOS

Con una intensidad horaria de 20 Horas

SE EXPIRA A LOS 15 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015
MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John Jairo Tovar López
GERENTE



John Jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA



CERTICLASS

NIT 901700101-8

CERTIFICA QUE

CARLOS EDUARDO URQUIJO MENDOZA
IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.016.100.762

Asistió al Curso Básico de:

*ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS
CON DESNUTRICIÓN AGUDA DNT*

Con una intensidad horaria de 20 Horas

SE EXPIDE A LOS 15 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN ES APROBADA POR DECRETO N° 1075 DEL 26/05/2015
MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL E INFORMAL, VALIDEZ (12) MESES

John Jairo Tovar López
GERENTE

John Jairo Tovar López
REPRESENTANTE LEGAL



VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

C	52241678	CORZO	CARRILLO	ERIKA	PATRICIA	21/07/1977
C	1006866331	CALDERON	ZAMUDIO	NURY	YOLIMA	3/09/2002
C	1006865851	LINCE	CARVAJAL	JENNY		22/09/2001
C	65815400	AVILA	OCAMPO	LADY	DIANA	15/02/1982
C	1016100762	URQUIJO	MENDOZA	CARLOS	EDUARDO	22/11/1997
C	1045745533	POVEDA	SAEZ	NOHEMY		12/04/1997
C	30521854	RUBIANO	LOSADA	PAOLA	ANDREA	25/07/1985

F	<u>corzocarrilloe@gmail.com</u>	50	711
F	<u>nuryyolimacalderonzamudio@gmail.com</u>	50	711
F	<u>lincecarvajaljenny@gmail.com</u>	50	711
F	<u>diana.avila.ocampo@gmail.com</u>	50	711
M	<u>carlosurquijo9722@gmail.com</u>	11	1
F	<u>nohemy.poveda12@gmail.com</u>	50	1
F	<u>panrulo311010@hotmail.com</u>	50	711