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

LISTA DE CHEQUEO PRE PRECONTRACTUAL CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALDÍA DE SANTA MARTA
Vigilado Supersalud

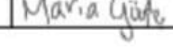
CONVENIOS

Código: F-M-PYM-005 **Versión: 004 |10/junio/2025** **Fecha de creación: 29/MAYO/2024**

NOMBRE CONTRATISTA	

ITEM	DOCUMENTO	SI	NO	N/A
1	Captura de pantalla usuario en SECOP II	X		
2	Propuesta de Servicios	X		
3	Hoja de Vida **SIGEP II** si es antiguo en la ESE o Formato Unico de Hoja de Vida persona Natural en caso de ser nuevo contratista en la ESE	X		
4	Formato de DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS (Descargar en la pagina: (www.funcionpública.gov.co)	X		
5	Captura de pantalla de formato de bienes y rentas y conflicto de interes diligenciado en la pagina web anteriormente mencionada	X		
6	Copia Cédula de Ciudadanía (imagen clara)	X		
7	Copia Libreta militar o Certificado de definición de Situación Militar (Hombres menores de 50 años)			X
8	Registro Unico Tributario- RUT (Debe contar con su actividad economica acorde a la labor a desempeñar y en el núméral 53 del RUT contar con el código **49)**	X		
9	Formato autorización para el tratamiento de datos personales (Diligenciar en la pagina Web https://extranet.esealprorev.gov.co/)	X		
10	Formato compromiso de confidencialidad y no divulgación de información (Diligenciar en la pagina Web https://extranet.esealprorev.gov.co/)	X		
11	Certificado registro alimentario morosos - REDAM (Vigencia de descarga: máximo 1 mes antes de la fecha de contratación)	X		
12	Certificados académicos y actas de grado (Bachiller, Pregrado y Posgrados)	X		
13	En caso de haber realizado estudios en el extrajero, anexar resolucion de convalidacion de titulo en Colombia (Titulo profesional)			X
14	Certificado de Ética - Aplica solo para: **(Titulo profesional)**	X		
15	Tarjeta Profesional (Imagen visible y clara)	X		
16	Resolución Secretaría de Salud Departamental Personal Asistencial.		X	
17	RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.	X		
18	Soportes Documentales de Estudios. - **Médicos, Jefes de enfermería y Auxiliares de enfermería:** 1)Código Gris, 2)IAMI y 3)AIEPI. **-Psicólogos:** 1)Código gris	X		
19	Certificados de Experiencia Laboral (mínimo 1 año de experiencia relacionada)	X		
20	Certificado de Afiliación en Salud (cotizante independiente)	X		
21	Certificado de Afiliación en Pensión (cotizante independiente)	X		
22	Certificado SARLAFT- Persona Natural (Diligenciado en la pagina web https://extranet.esealprorev.gov.co/)	X		
23	Certificado de Cuenta Bancaria	X		
24	Examen de Ingreso Preocupacional (No mayor a 3 años de vigenia de acuerdo al profesiograma establecido para el proceso, el cual lo encontran en la pagina web https://extranet.esealprorev.gov.co/)	X		
25	Poliza de responsabilidad civil medica (equivalente al 20% del valor del contrato y durante la ejecucion del mismo) **(Titulo profesional)**	X		

Vb° Talento Humano

NOMBRE	Maria Alejandra Guete Camacho
CARGO	Enfermera
FECHA	05/09/2025
FIRMA	

Perfil | Idioma y hora | Certificaciones | No disponible | Noticias | Documentos | Incumplimientos

Editar perfil

Compradores
Proveedores

MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Santa Marta

Número de documento:1085113731

Ver perfil | Existencia y Representación | RUP

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO
Nombre abreviado: MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 1085113731
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena
Municipio: Santa Marta

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO
Identificación: 1085113731
Nacionalidad: COLOMBIANA
Domicilio: SANTA MARTA
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
Género: Mujer
¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

Indicadores de negocio

Clasificación: Cómo mejorar su clasificación

Recomendaciones 0

Visitas al perfil: 32

Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selecciónSin datos
Última actualización:5/09/2025 11:35 PM

5% Datos del perfil
Cómo incluir más datos

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias

Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena
Municipio: Santa Marta

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO
Identificación: 1085113731
Nacionalidad: COLOMBIANA
Domicilio: SANTA MARTA
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
Género: Mujer
¿Tiene alguna discapacidad? ○ Sí ○ No

Información General

MiPyme: Sí
Tamaño Empresarial
Régimen tributario: Persona natural
Emprendimiento y/o Empresas de Mujeres: ◉ Sí ○ No
Pertenence a un grupo étnico?:
Condiciones especiales:

Contactos

Dirección: cra 21 D2 29 F3-18 URBANIZACION SAN JOSE
Código postal:
Correo electrónico de la oficina: mgueteca@gmail.com
Teléfono de oficina: 3226397983
Fax de oficina:
Página web:
Correo electrónico para notificaciones SECOP II: mgueteca@gmail.com
Link facebook:
Link linkedin:
Link youtube:
Link twitter:

Documentos relacionados

Últimas noticias

No hay noticias

Santa Marta, 18 de
Septiembre del 2025

Ref. Propuesta de Servicios

Yo, Maria Alejandra Guete Camacho, Identificada con cedula de ciudadanía N° 1.085.113.731 de El Reten- Magdalena, Soy Enfermera Profesional, por medio de esta carta pongo a consideración la presente propuesta: Con grato placer me dirijo a ustedes con el objetivo de ofrecerle mis servicios profesionales como Enfermera; a través de este escrito pido la oportunidad de Ingresar al equipo de trabajo de esta entidad promotora de salud.

Cl Cuento con los conocimientos científicos y humanísticos, con una amplia calidad como profesional de la salud con gran interés en el mejoramiento continuo de mis habilidades y fortalezas. Me caracterizo por ser responsable y ejercer con transparencia mis actividades, con estas cualidades ayudare a conseguir los objetivos planteados a lo largo de nuestro trabajo. Agradeciendo de antemano su decisión, le saludo con la más alta estima y consideración.

Atentamente



Maria Alejandra Guete Camacho
CC: 1.085.113.731

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GUETE	CAMACHO	MARIA ALEJANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				GÉNERO		NACIONALIDAD			PAÍS
C.C. X	C.E. ○	PAS ○	No. 1085113731	F X M ○	NB ○	COL. X	EXTRANJERO ○		COLOMBIA

LIBRETA MILITAR		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
PRIMERA CLASE ○	SEGUNDA CLASE ○	CARRERA 21C 29G 23 villa bella	D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO					
FECHA	DIA 01	MES 04	AÑO 1999		
PAÍS	COLOMBIA			PAÍS	COLOMBIA
DEPTO	MAGDALENA			MUNICIPIO	SANTA MARTA
MUNICIPIO	SANTA MARTA			TELÉFONO	
				EMAIL	mgueteca@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** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	03	2021	

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)

FORMATOÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5 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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍ
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		CSOLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
3226397983	Día	21	Mes	10	Año	2021	Día		Mes		Año	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA L5	JEFE DE ENFERMERA	Carrera 14 No. 23-42 Alcazares

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍ
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		CSOLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	21	Mes	10	Año	2021	Día	31	Mes	03	Año	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
1680 2009 ENFERMERA	AREA DE ENFERMERIA	CARRERA 14 23 42 barrio los alcazares

FORMATOÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CEHOCA CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍ CSOLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA ~~TELÉFONOS~~	MUNICIPIO SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	10	Mes	01	Año	2025	Día	03	Mes	03	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN CALLE 22 null null #15-34					

6 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					

7 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	3	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento: Santa Marta Magdalena 4 de Septiembre del 2025

María Gabr

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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	2025-09-04 20:56

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	ALEJANDRA	GUETE	CAMACHO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1085113731

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	EL RETÉN

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

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Función Pública | Aplicativo por la Integridad pública — Declaro Publico Controlo

Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Recuerde verificar también si, según el Decreto 830 de 2021, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP) en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación	Estado
	2921424-01 Declaración inicial	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	2025-09-04 20:51	2025-09-04 20:56	FINALIZADO
	318412-05 Corrección de 318412-04	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2024-03-14 20:31	2024-03-14 20:32	FINALIZADO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.085.113.731**

GUETE CAMACHO

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES

María Guete Camacho

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ABR-1999**

FUNDACION
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

21-ABR-2017 EL RETEN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2103000-00945717-F-1085113731-20171011 **00580**62255A 2 49022719

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141210533407

(415)7707212489984(8020) 000014121053340 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 5 1 1 3 7 3 1	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 5 1 1 3 7 3 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	El Retén 2 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUETE	CAMACHO	MARIA	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	El Retén 2 6 8

41. Dirección principal
CL 7 CR 5 4 99 BRR SAN ISIDRO

42. Correo electrónico mgueteca@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 1 0 6 0 4	8 2 9 9	2 0 2 1 0 6 0 4				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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 GUETE CAMACHO MARIA ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

AUTORIZACIÓN PARA ELTRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 18 de septiembre de 2025

FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA:	María Guete
NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA	María Alejandra Guete Camacho
N°.IDENTIFICACIÓNDEL EMPLEADO/CONTRATISTA	1085113731

Vigilado Supersalud

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la ***E.S.E. Alejandro Prospero Reverend***,con NIT 819.004.070, y María Alejandra 1085113731, en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Calle Cartagena, identificado(a) con cc respectoatoda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual conla***E.S.E. Alejandro Prospero Reverend***.

Naturaleza de Acuerdo

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

Objeto del Acuerdo

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

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

Obligaciones delcolaborador

El colaborador secomprometea:

Cumplir conloestablecidoenlaLey1581de2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo25delDecreto1074de2015.Además, aplicar los procedimientos y lineamientoscontempladosenlaPolíticadeTratamiento de Datos Personales y en la PolíticadeSeguridadyPrivacidaddelaInformación, los cuales están disponibles en la página web oficial de la ***E.S.E. Alejandro Prospero Reverend***: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co.

No divulgar,compartiroutilizarlainformaciónconfidencial para fines distintos a los autorizadosexpresamenteporla***E.S.E.Alejandro Prospero Reverend***.

Protegerlainformaciónatravésdelasmedidasde seguridad proporcionadas por la ***E.S.E. AlejandroProsperoReverend***,asícomo aquellas requeridas por la naturaleza de la información.

No realizarcopias,reproduccionesoalmacenamientos no autorizados de la inf ormación.

Devolvercualquierinformaciónconfidencialqueesté bajo su custodia al término de la relaciónlaboralocontractual,sinconservarcopias en ningún formato.

Reportardeinmediatocualquierincidenteobrecha de seguridad que pueda comprometerlainformaciónconfidencialdela ***E.S.E. Alejandro Prospero Reverend***.

Uso de la Información

Vigilado Supersalud

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

Duración del Compromiso

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

Consecuencias del Incumplimiento

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

Excepciones

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

Firma y Aceptación

Elcolaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Sesuscribe en la ciudad de Santa Marta, el 18 de septiembrede 2025

FIRMA DEL COLABORADOR:	
NOMBRE COLABORADOR	María Alejandra Guete Camacho
N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR	1085113731

Vigilado Supersalud

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 1085113731 **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 04/09/2025 10:42 PM

Código Verificación: **EHVY1ALR3C**

Válida hasta: **04/12/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Técnica Departamental

"Roque de los Ríos Valle"

El Retén - Magdalena

Aprobada Oficialmente según Resolución No. 047 de febrero 10 de 2003 y No. 110 de Febrero 20 de 2014,

Confiere a

María Alejandra Guette Camacho

Identificado(a) con T.I. No. 990401-03550 Expedida en El Retén

El Título de

Bachiller Técnico Agropecuario

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - de la Institución.

Rector

Dr. José Antonio Llanos Molina

Secretaria

Nelly Luz Jiménez Guette

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 02 Folio No. 024 Diploma No. 27

Dado en El Retén, a 13 de Die del año 2014

Artsmar

CERTIFICIADO N°2.460/15

EL SUSCRITO RECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA DEPARTAMENTAL ROQUE DE LOS RÍOS VALLE

CERTIFICA:

Que **MARIA ALEJANDRA GUETTE CAMACHO,** identificada con la T. I. N° 990401-03550, cursó y aprobó los grados Décimo y Undécimo de educación media técnica, durante los años lectivos 2013 y 2014, tiempo durante el cual ***no canceló costos académicos por concepto de matrícula y pensión***, estuvo beneficiada por el programa de gratuidad universal del Estado Colombiano.

Se expide el presente certificado a solicitud verbal de parte interesada en El Retén, Magdalena, a los siete (07) días del mes de diciembre del año dos mil quince (2015)

DR. JOSE ANTONIO LLANOS MOLINA
C. C. N° 3[illegible]27.288 de Galapa, Atlántico
Rector

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA DPTAL
"ROQUE DE LOS RIOS VALLE"
José Antonio Llanos Molina
RECTOR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

En atención a que

MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO

con cédula de ciudadanía No. 1.085.113.731 de El Reten
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 30 de abril de 2021

Libro de Registros No. 0050420211 Folio No. 035 Registro No. 0341
Refrendado en Santa Marta el día 29 de abril de 2021

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

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

Registros y Diplomas. Juan Alonso Cortes Londoño

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 24161 del 26 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional.
Acreditación No. 324 del 1 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 3832 del 21 de Julio de 2020 emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-2869-2021

PROGRAMA:	ENFERMERÍA
CODIGO SNIES:	4176
FECHA GRADO:	30 DE ABRIL DE 2021
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO
con Cédula de Ciudadanía No 1.085.113.731 de El Reten
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ENFERMERA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 007 en sesión del día 09 de abril de 2021.

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

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) Facultad:	DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 30 DE ABRIL DE 2021

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **MARÍA ALEJANDRA GUETE CAMACHO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.085.113.731, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los ocho (08) días del mes de septiembre del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOTA: El correo electrónico actual del Tribunal Nacional Ético de Enfermería para los certificados es trienfercertificado@gmail.com y para la información en general es trienfer@gmail.com

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos | Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO

C.C. 1.085.113.731

Universidad Cooperativa De Colombia

Santa Marta

Fecha de Expedición Diploma: 30/04/2021

Fecha de Inscripción en Rethus: 26/05/2021

44037

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

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) MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO identificado(a) con CC 1085113731 registra La siguiente información:

2025-09-05→5:40:01 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2021-05-26	1085113731	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

María Alejandra Guete Camacho

CC 1085113731 de Retén - magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico - Resolución 3100 de 2019
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-11-03
Fecha de vencimiento: 2026-11-03

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

María Alejandra Guete Camacho

CC 1085113731 de Retén - magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-11-06
Fecha de vencimiento: 2026-11-06

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

María Alejandra Guete Camacho

CC 1085113731 de Retén - magdalena

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-11-01
Fecha de vencimiento: 2026-11-01

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que el señor(a) MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO, identificado con cédula de Ciudadanía No. 1085113731, expedida en ha suscrito con la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, los siguientes contratos de prestación de servicios:

Número de Contrato: CD20240358
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-01-12
Fecha final: 2024-01-31
Valor del contrato: 2900000
Actividades:

Número de Contrato: CD20241415
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-02-16
Fecha final: 2024-03-31
Valor del contrato: 6200000
Actividades:

Número de Contrato: CD20242695
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-04-01
Fecha final: 2024-10-31
Valor del contrato: 21700000
Actividades:

Número de Contrato: CD20245654
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-11-12

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Fecha final: 2024-12-31
Valor del contrato: 6200000
Actividades:

Número de Contrato: CD20250360
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2025-01-22
Fecha final: 2025-03-31
Valor del contrato: 9300000
Actividades:

Así mismo se certifica que la información contenida en el presente documento es verídica y corresponde a los datos proporcionados por el usuario.

Dado en la ciudad de Santa Marta, hoy viernes, 05 de septiembre de 2025, a las 05:10 PM

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: f36b69a05b802117393b89dd4bf24451

_____
RENNY RENEY RODRIGUEZ HERAZO
JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO

STAMARTA, Septiembre 4 de 2025

Señora:

GUETE CAMACHO MARIA ALEJANDRA

CC. 1085113731CR 21C 29K 53 - 0

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 Octubre 14 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
GUETE CAMACHO MARIA ALEJANDRA	1085113731	C	Oct-14-2021	53	26	COTIZANTE	NO VIGENTE	Sep-1-2025	Desafiliado por desvinculación laboral	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
CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S A S	1085113731	Dependiente	CERRADO
MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO	1085113731	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

Igualmente tenemos registrada en nuestra base de datos que a partir de Junio 1 de 2025, no se han realizado nuevos aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de su afiliación. En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros. 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 01800 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GUETE CAMACHO MARIA ALEJANDRA** identificado(a) con **CC** número **1.085.113.731** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de marzo de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 04 de septiembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Certificación
Bancaria

Viernes, 05 de septiembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO identificado(a) con CC 1085113731, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	78128956726	2021-11-22	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 | Versión:003 | 11/ene/2025 | Fechade creación: 06/feb/2023

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento	cc	Número de documento 1085118731	Lugar de expedición Reten Magdalena
Primer apellido	Guete	Segundo apellido Camacho	Nombres María Alejandra
Nacionalidad	Colombiana	Dirección de domicilio Cl 7 #4-99 barrio centro	
Departamento	Magdalena	Ciudad | Municipio Reten	Correo electrónico mgueteca@gmail.com
Número de contacto	3205246463	Lugar de nacimiento Santa Marta	Fecha de nacimiento 01-04-1999 — Estado civil: Soltera
Actividad principal que desempeña actualmente	Actividades de apoyo terapéutico		Código actividad en RUT (4 dígitos) 8692

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres	Nelfa Camacho	Dirección Cl 7 #4-99	Teléfono 30037889
Apellidos y nombres	Ana Camacho	Dirección Urbanización macondo II,manzana f casa 1	Teléfono 40

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)1

30242483

¿Maneja recursos públicos?	Sí [ ]	No [x]	¿Tiene reconocimiento público?	Sí [ ]	No [x]
¿Ejerce algún grado de poder público? 49	Sí [ ]	No [xx]			
¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta?	Sí [ ]	No [x]	¿Cuál?		

INFORMACIÓN FINANCIERA

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

INFORMACIÓNBANCARIA

Entidad bancaria	Bancol om bi a	Número de cuenta	78128956726	Tipo de cuenta	Ahorros
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Sí [ ] / No [x]	Tipo de cuenta	
		¿Cuál?	

INFORMACIÓN BANCARIA

¿Tiene productos financieros en moneda extranjera?	Sí [ ] / No [x]	Tipo de producto Entidad financiera		Número de producto País

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

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

De mi labor como enfermera profesional

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

DECLARACIONES ADICIONALES

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

SI X
NO

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

María Guete

Firma

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 1259040

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIóDICO PROGRAMADA [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACIóN [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 16/09/2025	EMPRESA: PARTICULARES SO		
NOMBRE: MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO		DOC. IDENTIDAD: CC 1085113731	
CARGO: JEFE DE ENFERMERIA		EDAD: 26 AÑOS	
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 1999-04-01	EPS: SALUD TOTAL	
DIRECCIÓN:		TELEFONO: 3205246463	
PESO: 60 Kg	TALLA: 164 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 22.31



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA 2) RADIOGRAFIA DE TORAX P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO 3) BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOLRESISTENTE ZIEHLNEELSEN 4) HEMOGRAMA IV 5) GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA 6) ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO 7) CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO 8) COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO 9) Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE Ag HBs 10) CONSULTA POR VALORACION PSICOLOGICA OCUPACIONAL 11) VISIOMETRIA 12) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE PREINGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[ ]	[X]
2. ENFASIS CARDIOVASCULAR	[X]	[ ]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [X]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [X]	7. OTROS [ ]

REMISIONES SI [ ] NO [X]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [ ] NO [X]

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE BIOSEGURIDAD, ESPECIALMENTE CON LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON ACCIONES PREVENTIVAS EN MATERIA DE ACCIDENTE CON RIESGO BIOLÓGICO.

MEDIDAS DE PREVENCION PARA PELIGROS DE RIESGO PÚBLICO LABORAL.
MEDIDAS DE PREVENCION PARA PELIGROS DE LA MOVILIDAD LABORAL.
MEDIDAS DE PREVENCION PARA PELIGROS BIOMECANICOS (SOBRECARGA POSTURAL, LA REPETITIVIDAD DE MOVIMIENTOS Y LA MANIPULACIóN DE CARGAS, Dé CAíDAS A DIFERENTE NIVEL).

HACER USO DE LOS EPP QUE LE BRINDE LA EMPRESA (RESOLUCIóN 1843 DE 2025, ARTICULO 7 C), CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO, CONOCIMIENTO TÉCNICO DE LA ACTIVIDAD Y LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ENCAMINADAS A INTERVENIR LOS PELIGROS DE ACUERDO CON EL RIESGO ESPECIFICO PARA EL DESARROLLO DEL CARGO Y TAREAS REQUERIDAS, EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA-SG-SST RESOLUCIóN 3077 DE 2022, RESOLUCIóN 1843 DE 2025, GUíA TéCNICA COLOMBIANA (GTC) 45.NORMA NTC ISO 45001:2018. DECRETO LEY 1072 DE 2015,O LA NORMA QUE MODIFIQUE, ADICIONE O SUSTITUYA.

TODAS LAS ANTERIORES ACTIVIDADES PUEDEN SER REALIZADAS POR LA EMPRESA CON EL DIRECCIONAMIENTO Y ASESORÍA DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) Y CON SEGUIMIENTO POR EL RESPONSABLE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA(DECRETO 1295/94 ART. 35 Y 80 Y EL 1072 DE 2015,LEY 1562 DE 2012, LEY 9 DE 1979,RESOLUCIÓN 1843 DE 2025 ARTICULO 6:A),B),C),D),E),RESOLUCIóN 0312 DE 2019, O LA NORMA QUE MODIFIQUE,ADICIONE O SUSTITUYA).

CONTROL PERIODICO ANUAL POR OPTOMETRIA EPS.

RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, LIMITÁNDOSE A REMITIR AL EMPLEADOR O CONTRATANTE, SOLO EL CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL DEL CUAL DEBERÁ ENTREGAR COPIA AL TRABAJADOR, INDICANDO LAS RESTRICCIONES EXISTENTES Y/O LAS RECOMENDACIONES O CONDICIONES QUE SE REQUIERE ADAPTAR POR EL EMPLEADOR O CONTRATANTE, PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR, DEJANDO LA RESPECTIVA CONSTANCIA DE SU RECIBO(ARTICULO 4,LITERAL(l) DE LA RESOLUCIóN 1843 DE 2025,MINISTERIO DEL TRABAJO) O LA NORMA QUE MODIFIQUE,ADICIONE O SUSTITUYA.-.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICO Y MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPóSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MéDICO OCUPACIONAL Y/O EXáMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNóSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASí COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCIóN Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTIóN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE SUS RIESGOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTáNEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACIóN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACULTO Y DELEGO AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, Y/O MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRá A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRáN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACIóN DE MI PARTE O CUANDO MEDIE MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS RESOLUCIONES NO. 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015. TODA INFORMACIóN DE SALUD GOZARá DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (DECRETO 3380 DE 1981, RESOLUCIóN 2463 DE 2009 Y LOS QUE LOS MODIFIQUEN) Y SóLO SERá USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO. DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACIóN EXPRESA PARA QUE SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACIóN EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLíNICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGúN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACIóN QUE SUMINISTRO ES VERíDICA Y NO OMITIR NINGúN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE ME OBLIGA EL ARTICULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994.

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 1259040

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION				
1. PREINGRESO [X]	2. PERIóDICO PROGRAMADA [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACIóN [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 16/09/2025	EMPRESA: PARTICULARES SO			
NOMBRE: MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO			DOC. IDENTIDAD: CC 1085113731	
CARGO: JEFE DE ENFERMERIA			EDAD: 26 AÑOS	
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	FECHA DE NACIMIENTO: 1999-04-01		EPS: SALUD TOTAL	
DIRECCIÓN:			TELEFONO: 3205246463	
PESO: 60 Kg	TALLA: 164 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 22.31	



ISSAC HUBERTO JIMENEZ ARZUZA
CC 72172784
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 4716-03
RS. SO: 5398-16

MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO
CC 1085113731
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS
CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA

CARRERA 5 N 26B-23 3187117423

INFORME NTERPRETATIVO

❖ DATOS PERSONALES DEL EVALUADO.

NOMBRES Y APELLIDOS:	GUETE CAMACHO MARIA ALEJANDRA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1085113731
EDAD:	26 AÑOS
EMPRESA DONDE TRABAJA:	PARTICULAR SALUD OCUPACIONAL STA
CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA:	JEFE DE ENFERMERA

❖ TEST DE HABILIDADES SOCIALES

El perfil del aspirante muestra un nivel destacado en habilidades sociales. Independientemente de ser introvertido o extrovertido, tiene la capacidad de adaptar su comportamiento a diversos contextos sociales con facilidad. Posee una excelente capacidad para escuchar y empatizar con los demás, lo que le permite manejar diferentes registros de conversación y expresarse de manera asertiva y clara. En general, las personas suelen sentirse cómodas en su compañía debido a su capacidad para interactuar de forma genuina y respetuosa. Además, tiene la habilidad de defender sus propios derechos y los de los demás en situaciones donde percibe injusticias, sin dudar en alzar la voz cuando es necesario. No presenta timidez generalizada, aunque algunas circunstancias, como estar en el centro de atención o enfrentar altas expectativas, pueden generarle algo de estrés. Sin embargo, incluso en estos casos, sabe gestionar su ansiedad de manera adecuada. En términos de relaciones sociales, disfruta de un círculo amplio y saludable sin requerir un esfuerzo significativo Entre sus habilidades blandas, destaca su responsabilidad y respeto. En cuanto a las habilidades duras, se destaca su compromiso y organización

Firma Evaluador

Diana Cecilia Barrero Callejas
Psicologa
TP 1037

Ex:

16/09/2025

Test Results

Keystone View
Excellence in Vision Testing
www.keystoneview.com
(775)324-2799

Test Index: 4867
Fecha del Examen: 16/09/2025
Administró por: Admin

Nombre: GUETE, MARIA
ID: 1085113731

Nombre de Prueba: Universal Examen Adulto
Estándar de Visión : Estándar de Visión Defec

En el pasado, Examinia por:
Anteojos/Lentes de Contacto: Solo Distancia
Problemas con Los Ojos:

Nombre de Prueba	Lente	Día/Noche	Pasa/Falta	Resultado
Estereopsis	Lejana	Día	Normal	8 - Círculo
Visión de Color (Rojo/Verde)	Lejana	Día	Normal	Tres Correctos
Vision de Colores Azul/Violeta	Lejana	Día	Normal	Tres Correctos
Agudeza del Ojo Izquierdo	Lejana	Día	Normal	20/30
Agudeza del Ojo Derecho	Lejana	Día	Normal	20/30
Agudeza Binocular	Lejana	Día	Normal	20/30
Phoria (Coordinación de los Ojos)	Lejana	Día	Normal	Lateral:5, Vertical:5
Visión Periférica (Campo Horizont	Lejana	Día	Normal	LADO DERECHA:85, LADO IZQUIERDO:85
Agudeza Punta (B) - Izquierda	26"	Día	Normal	20/30
Agudeza Punta (B) - Derecha	26"	Día	Normal	20/30
Agudeza del Ojo Izquierdo	Cercana	Día	Anormal	20/40
Agudeza del Ojo Derecho	Cercana	Día	Anormal	20/40
Agudeza Binocular	Cercana	Día	Normal	20/30
Phoria (Coordinación de los Ojos)	Cercana	Día	Normal	Lateral:5, Vertical:5

Conclusiones: Un mensaje con resultado ANORMAL indica que los ojos del examinado están por debajo de los estándares de visión saludables. El examinado debe de referirse a un especialista.

Notas: Ingresa Notas Aquí

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Maria Alejandra

Apellidos: Gutte Camacho

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1085113731

Fecha de Nacimiento: Día. 01 Mes. 04 Año. 1999

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3	15-9-20	2338X004A	Viviana C
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	15-9-20	V5022008	Viviana C
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: María.

Apellidos: Cete. Camacho.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1085113731.

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 04 Año 1999

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	8/7/22	VSO222014	Azucena Correa
Otras				

Certificado de Vacunación

Institución: CA IAMDG

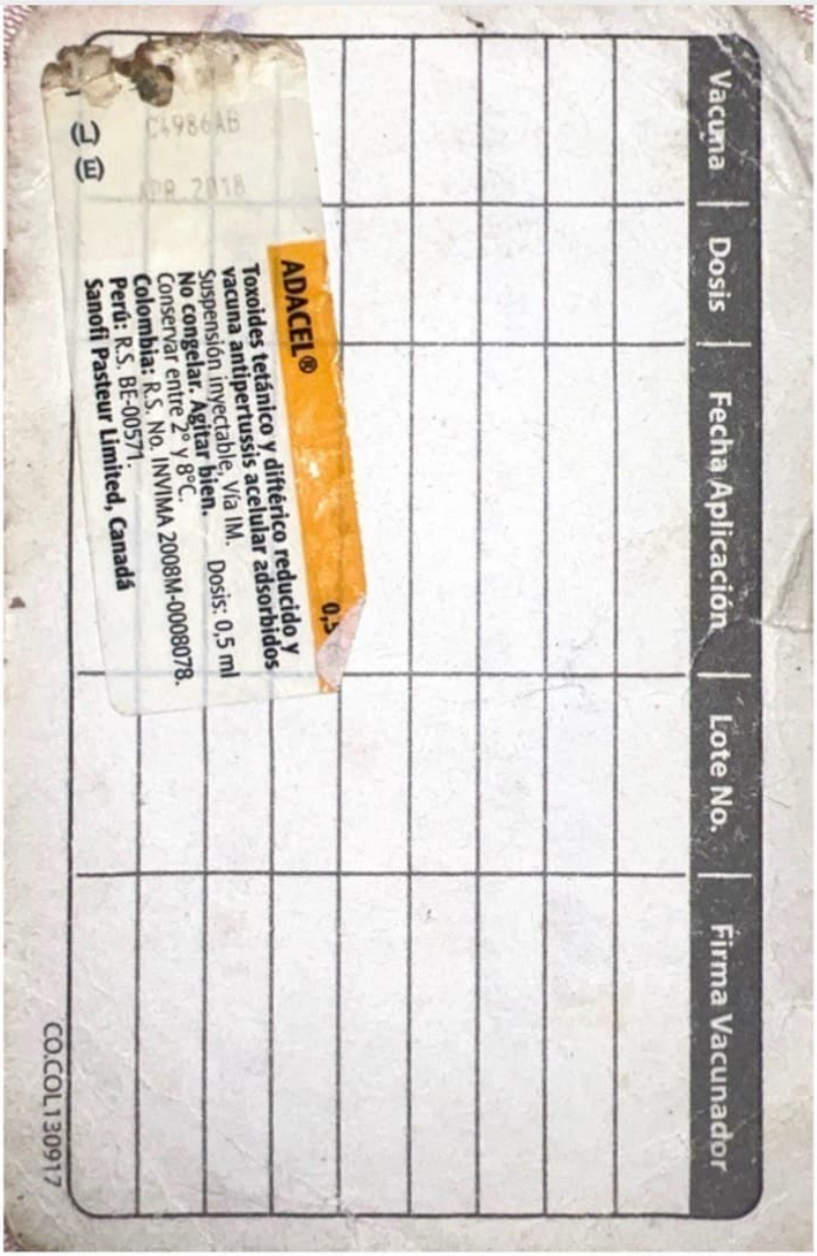
Nombre: Maria Alejandra Quette Camacho

Identificación: _____ Tel: _____

Vacuña	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Adacel	1	24-02-17	C4986AB	

Cortesía de Sanofi Pasteur

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Mario Alejandro

Apellidos: Guette Camacho

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte PEP otro cual

No. 1085113731

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 04 Año 1999

21-05-2021

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29-07-21	Sinovac	2010 60821	H. I Red	Rosa Martin	57424391
	2	25-08-21	Sinovac	2010 60600	H Ulata	Rosa C Martinez	57424391
		08 03 2022	Pfizer	2109 63	PO maydalena	Rosas P	1032466217

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Maria Alejandra

Apellidos: Gueta Camacho

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1085113731

Fecha de Nacimiento: Día 01 Mes 04 Año 1999

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: María Alejandra

Apellidos: Guette camacho

Documento de identidad: C.C. ☐ T.I. X Pasaporte ☐ No. 990401103550

Fecha de Nacimiento: Día 01 Mes 04 Año 1999

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3	15-9-20	2338X004AFU	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	15-9-20	V3022008	
Otras *				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	8-7-16	D2278	
	2	28-06-19	2215013178	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	3-04-99	70170	
	2	4-05-99	70170	
	3	10-06-99	70170	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U	28-06-19	P3673V	
Contra Influenza	U	8-7-16	N3088V	
	U	18-07-19	P3A53	
Virus de Papiloma Humano				
Triple Viral	U	8-7-16	D15M4052	
Varicela	U	8-7-16	A2108813A	

Scanned with CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

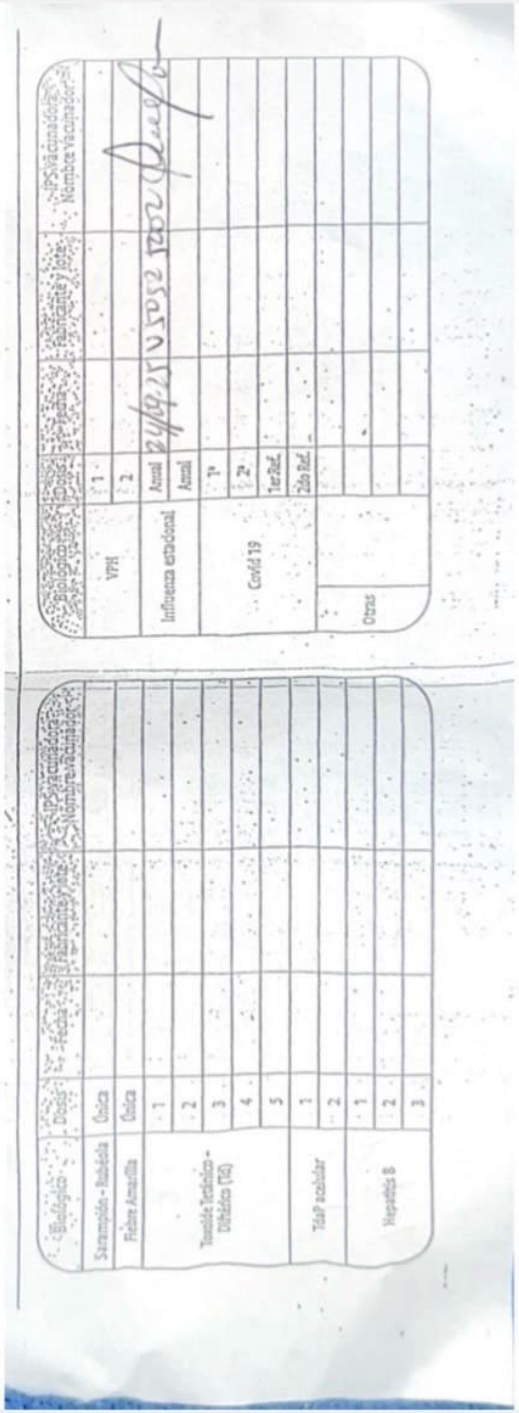
Nombres: Yuri Alejandro

Apellidos: Goete Caudillo

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1085113731

Fecha de nacimiento: 21 09 1999



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Examen de ingreso: X

Fecha: 28/09/23

Ciudad: Santa Marta, Magdalena

Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Nombres y Apellidos: María Alejandra Guete Camacho

Cedula Ciudadanía: 1085113731 Sexo: Femenino

Edad: 25 años

Labor a Desempeñar: Enfermera jefe

Principales Tareas: Planear, Organizar, ejecutar y supervisar planes y procesos asistenciales y administrativos del servicio de Enfermería, Trabajo en equipo. Otras asignadas por la Coordination. Celular: 3226397983

Correo: mgueteca@gmail.com

Examen Medico Ocupacional

- Osteomuscular: Arcos de Movilidad sin limitaciones
- Visual y Auditiva: en Rango Normalidad
- Aptitup al desempeño Laboral: Positiva

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación, examen Médico y verificación de datos. Por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal según clasificación en Bioseguridad. Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias.

Recomendacione s:

- Hábitos de Estilo de Vida Saludable

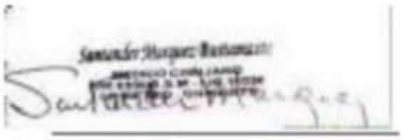
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

- ☒ Higiene Postural o de Cargas-Pausas Activas o Saludables
- ☒ Uso de EPP
- ☒ Cumplimiento de Normas de Higiene y Seguridad en la Empresa.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.

La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.

Evaluada por tele consulta decreto 358 del 2020–telemedicina resolución 2654 de 2019 artículo 2 de la ley 1419 de 2010



SANTANDER MARQUEZ BUSTAMNTE

Medico Esp Salud Ocupacional

R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

Carrera 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 – 3187691250-
Santa Marta – Colombia

PÓLIZA N°
1014820

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	N° CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P.
17	1	2025	EXPEDICION	0			NO

TOMADOR	24941417-MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO	CC	1085.113.731
DIRECCIÓN	AP 101 CR 21 C 29 G 23, EL RETEN, MAGDALENA	TELÉFONO	3226397983
ASEGURADO	24941417-MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO	CC	1085.113.731
DIRECCIÓN	AP 101 CR 21 C 29 G 23, EL RETEN, MAGDALENA	TELÉFONO	3226397983

		CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
EMITIDO EN	RIOHACHA														
MONEDA	Pesos														
TIPO CAMBIO	1.00	1803	18	17	1	2025	16	1	2025	00:00	16	1	2026	00:00	365

CARGAR A:	FORMA DE PAGO	VALOR ASEGURADO TOTAL
GUETE CAMACHO MARIA ALEJANDRA	4. 30 DIAS	$ 300,000,000.00

Riesgo: 1 -
AP 101 KR 21 C 29 G 23, RETEN, RIOHACHA, LA GUAJIRA

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	300,000,000.00	SI	144,000.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 2.00 SMMLV NINGUNO			
7	GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	30,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	15,000,000.00		
8	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	300,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	300,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 2.00 SMMLV NINGUNO			
9	COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	60,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	30,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV NINGUNO			

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000	100.000 %	NO APLICA

RCP-025-5 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

Texto Continua en Hojas de Anexos...

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. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación,cancelación, nota crédito o nota debito.

PRIMA	$*******144,000.00
GASTOS	$***********0.00
IVA	$******27,360.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	$*****171,360.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://facturaseguros.transfiriendo.com/FacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

17/01/2025 11:00:55

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
7112	3	IBETH PANA WEFFER Y CI		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1014820 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

***
CLASE CLASE (1) - SIN CIRUGÍA

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

ESPECIALIDAD ENFERMERA

VIGENCIA Doce meses, desde la fecha en que la presente propuesta sea aceptada por el asegurado

OBJETO

Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos ocurridos durante la vigencia de la póliza y reclamados hasta dentro de un periodo de dos años después de finalizada la vigencia de la presente póliza.

CONDICIONES GENERALES
Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP025VERSIÓN 5-D00I que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA
La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "ocurrencia con cláusula sunset", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

LÍMITE TERRITORIAL República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN República de Colombia

LIMITE ASEGURADO $ 300.000.000 por evento y por vigencia (Según solicitud del cliente) combinado para todos los amparos).
* Los sublímites y coberturas ofrecidas hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
* En aquellos amparos donde no se establezca sublímite, se entienden otorgados al 100% del límite asegurado

AMPAROS

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil profesional médica de acuerdo con el numeral 1.1. de la cláusula primera del condicionado general. Extendiendo cobertura a la responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:

a. Equipos de radiografía con fines de diagnósticos
b. Equipos de rayos x para terapéutica
c. Equipos de tomografía por ordenador (scanner)
d. Equipos de radiación por isotopos para terapéutica
e. Equipos de generación de rayos laser
f. Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.

Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

1.2 Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

1.3. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza; Sublimitado al 100% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1014820 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

1.4. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; Sublimitado a 5%% respecto del valor asegurado por evento y 10%% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

1.5. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20%% respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

1.6. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, Sublimitado a 10%% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

1.7. Por medio del presente texto se da alcance a la exclusión No. 2.1.24. del condicionado general para aclarar que bajo la presente póliza se amparan toda cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente); se otorga cobertura a profesionales auxiliares de cirugías cosméticas (excluyendo al cirujano plástico y/o estético que realiza la cirugía). La cobertura se extiende al daño adicional que se pueda generar en la cirugía y no al resultado o insatisfacción de la misma.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil general de acuerdo con el numeral 1.2. de la cláusula primera del condicionado general. Así mismo se cubre la responsabilidad civil del asegurado, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

2.1. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; Sublimitado a 5% % respecto del valor asegurado por evento y 10%% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

2.2. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10%% respecto del valor asegurado por evento y 20% % respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

2.3. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10% % respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

2.4. Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

2.5. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación, al igual que los perjuicios patrimoniales como consecuencia de la prestación de estos servicios.
2. Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA / VIH y/o Hepatitis cualquiera que fuere su causa u origen.
3. Responsabilidad civil por fallas en el suministro de servicios públicos
4. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
5. Enfermedades profesionales

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1014820 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

6. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
7. Daños genéticos a personas o animales.

8. Reclamaciones originadas por terremoto, erupción volcánica (actos de la naturaleza) y en general todos los eventos que escapen del control del asegurado.

DEDUCIBLES APLICABLES

1. Gastos médicos de emergencia: sin deducible
2. Costos y gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

COSTO DEL SEGURO ANUAL: (Prima de $ 144.000 + Iva)
FORMA DE PAGO: 30 días a partir del inicio de vigencia.

OTRAS CONDICIONES:

1. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN UNILATERAL DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA - AMPLIACIÓN DEL PLAZO A 30 DÍAS HÁBILES: Modifica parcialmente la Cláusula Décima Primera de las Condiciones Generales de la Póliza en cuanto al plazo allí previsto. En consecuencia, este seguro podrá ser revocado unilateralmente por PREVISORA, mediante noticia escrita al asegurado enviada a su última dirección conocida con no menos de 30 días hábiles de antelación contados a partir de la fecha del envío.
2. CLÁUSULA DE NO RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA: Queda entendido que la suma asegurada se reduce desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía, y la misma no se entiende restablecida en ningún momento.

3. CLÁUSULA DE NO AMPARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES: Queda entendido que para la inclusión de nuevos predios y/u operaciones, el asegurado deberá solicitarla por escrito a la Previsora, la cual una vez efectúe el respectivo análisis determinará si da lugar o no a la aceptación del nuevo riesgo u operación y al cobro de prima adicional.

IDENTIFICACION DEL PAGO

PREVISORA SEGUROS

POLIZA No. 1014820 **CERTIFICADO No.** 0

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554

Ramo	Sucursal
RESPONSABILIDAD CIVIL	RIOHACHA

Valor Prima	Valor IVA	Tomador
$144,000.00	$27,360.00	24941417 - MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
17/02/2025	$**********0.00	$*****144,000.00	$******27,360.00				

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Árticulo 1068 " 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 a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

CONVENIO DE PAGO:
4. 30 DIAS

PREVISORA SEGUROS

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y MARIA ALEJANDRA GUETE CAMACHO

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de $ 171,360.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	17/02/2025	$**********0.00	$*****144,000.00	$******27,360.00					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1014820	RESPONSABILIDAD CIVIL	0	$*300,000,000.00

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de RIOHACHA a los 17 días del mes de ENERO de 2025

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA , para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "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 automatica del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009-1