



LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL

PROCESO: Gerencia de Talento humano

CÓDIGO
VERSIÓN
VIGENCIA

TH_FTO_10
04
15/08/2025

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS: NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO

CARGO: MEDICO GENERAL

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente				
2	Hoja de vida (actualizada con foto)				
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería				
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses				
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses				
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses				
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses				
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos				
10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.				
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
12	Registro usuario Secop II				
13	RUT Actualizado				
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.				
15	Certificado actual de afiliación EPS				
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones				
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II				
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)				
19	Formato de oferta de prestación de servicios				
20	Formato de indemnidad				
21	Formato de ARL				
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)				
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información				
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades				
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)				
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo				
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo				
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años				
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional				
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
37	RETHUS actualizado- pregrado y postgrado (Asistenciales)				
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES					
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
41	Manejo del duelo (Asistenciales)				
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)				
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla				
AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
MEDICO URGENCIOLOGO					
54	Certificado en formación de sedación				



ODONTOLOGO				
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años			
AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador			
57	Toma de muestra con fecha de vigencia			
JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
58	Retiro e inserción DIU			
59	Retiro e inserción JADELLE			
60	Certificado de formación en toma de citología			
61	Soporte vital avanzado			
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)			
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
63	Soporte v tal avanzado			
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia			
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia			
66	Registro único nacional de tránsito RUNT			
67	Licencia de conducción			
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito			
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * Vigencia 3 años.			
AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA				
70	Soporte vital básico			
71	Primeros Auxilios			
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)			
INGENIERO BIOMÉDICO				
73	Certificado del registro INVIMA			
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO				
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea			
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)			
RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.			
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visimetría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)			
SERVICIO DE ALIMENTACIÓN				
78	Certificación de manipulación de alimentos			
79	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.			
MANTENIMIENTO				
80	Certificado curso de alturas			
81	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.			
EXPERIENCIA LABORAL				
82	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado			
Nombre y firma de quien verifica la documentación:				

- Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.
- El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está Inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).
- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 12 de diciembre de 2025

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO

Cargo: Médico General

Respetado Doctor Diego Alejandro García, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



Nestor Manolo Zepeda Artero

CE: 433139

Dirección: CRA 20 # 22-291

Email: manolosencillamente@gmail.com

Teléfono / Celular: 3188799501

1

2

3

4

HOJA DE VIDA



Nestor Manolo Zepeda Artero

37 años

Cédula Extranjería - 433139

Pasaporte C01794575

Kr 31 # 13-132 torre 10 apto 103 conjunto Capuchina, Ciudad Verde, Soacha, Cundinamarca, Colombia Tel: 3188799501 - 463953

E-mail: drnestorzepeda@gmail.com

PERFIL

Soy médico general, de nacionalidad salvadoreña, con once años de egresado de la Escuela Latino Americana de Medicina, de la Habana, Cuba, con aprendizaje y énfasis en promoción de salud y prevención de enfermedad, con experiencia actual en: consulta externa, programas de paciente crónicos, control prenatal y pediátricos, transporte de ambulancia terrestre y aérea, urgencias – hospitalización ginecoobstetricia, adaptación neonatal, manejo de programas informáticos en estas áreas. Por mi estilo de vida, educación cultural, académica y experiencia, me he formado con sentido de pertenencia, respeto, responsabilidad, creatividad y trabajo en equipo, tanto en el ámbito laboral como social. Tengo objetivos y planificaciones a corto, mediano y largo plazo, aprovechando las diferentes oportunidades de aprendizaje y bienestar para mí familia, pacientes y sociedad en general, en busca de estabilidad laboral.

ESTUDIOS

2005 - 2012 Doctor en Medicina,
La Habana, Cuba Escuela Latino Americana de Medicina

2003 - 2005 Lic. Ciencias Jurídicas,
San Salvador, El salvador Universidad Nacional de El Salvador

1

2

3

4

2000 - 2002 Técnico Agrícola.
Ahuachapan, El salvador Instituto Nacional Luis Reynaldo
Tobar

Programas manejados: Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft Power Point , SAP , VITAL SYSTEM , ENTERPRISE, INTEGRA

EXPERIENCIA LABORAL

Clinica avidanti

Medico general en urgencias gineco obstetricas
Tarea o logros : diagnostico y tratamiento medico en urgencias gineco obstetricas
turnos diurnos-nocturnos
04/2013-actual, Soacha, cundinamarca

Hospital Mario Gaitan Yanguas

Medico general en area de hospitalizacion pediatria
Tarea o logro: atencion a neonato en adaptacion neonatal, cuidado de paciente pediatrico en hospitalizacion- turnos nocturnos.
05/2013- actual, Soacha, Cundinamarca

Sub Red Integrada De Servicios de salud Norte E.S.E Médico General en área de hospitalización medicina interna, ginecoobstetricia y adaptación neonatal turnos noche intermedia. Tareas o logros realizados: -Atención medica en hospitalización - adaptación neonatal
01/05/2020- 31/05/2023
Bogota- Colombia

Sub Red Integral De Servicio DE salud Sur Occidente E.S.E Kennedy

Médico General Atención Medica en Urgencias (Jornada Mañana 7am-1pm) Tareas o logros realizados: - Atención medica en urgencias hospitalización.
23/10/2018-31/10/2019 Bogota- Colombia

CAFAM C.A.S SOACHA, Médico General

Atención Medica en Consulta Externa (Jornada Tarde 2 pm - 8 pm) Tareas o logros realizados: Aplicar, y ampliar conocimientos médicos en el de salud colombiano y capacitaciones médicas; Practica en sistemas informáticos ENTERPRISEe INTEGRA.
08/04/2018-05/03/2020 Bogota, Colombia

IPS ASITIR SALUD S.A.S, COMPENSAR, Médico General

Atención Medica en Consulta Externa
Tareas o logros realizados: Aplicar, y ampliar conocimientos médicos en el de salud colombiano y capacitaciones médicas; Practica en sistemas informáticos VITAL SYSTEM SAP
05/2017-11/2017 Bogota, Colombia

GLOBAL LIFE AMBULANCIAS SAS, Médico General

Transporte Asistencial Medicalizado
Tareas o logros realizados: -Traslado de paciente de alta complejidad.

1

2

3

4

-Aplicación de soporte vital básico y avanzado.
-Preparación y asistencia en procedimientos de alta complejidad.
-Curso de sedación aprobado y vigente.
06/2016-02/2017 Bogota, Colombia

CRUZ ROJA SAMU ALQUERIA - AV 68, Médico General
Atención Médica en Urgencias y Hospitalización

Tareas o logros realizados: - Atención médica en urgencias y hospitalización
03/2015-04/2016 Bogota, Colombia

HOSPITAL USME E.S.E, Médico General Atención Médica en Salud Pública

Tareas o logros realizados: -Asistencia, educación y orientaciones, en ámbitos comunitario, familiar, escolar, laboral y población diferencial.
03/2015- 12/2015 Bogota, Colombia

IPS INDEGENA CAPERA SAS, Médico General Atención Médica en Consulta Externa y Urgencias,
administración de Centro Médico

Tareas o logros realizados: atención de paciente en zonas de difícil acceso,
con manejo de urgencias y consulta externa administración local de consulta y farmacia, capacitación PyP.
03/2013-12/2014, litoral del san Juan. Choco

Corporación Servicios Profesionales Comunitarios SEMBRAR, Médico General
Proyecto atención Post desastre a comunidades vulneradas

03/2013-04/2017 Bogota, Colombia

REFERENCIAS LABORALES

Dr Jose Turbay Pereira especialista y líder servicio gineco obstetricia clínica avidanti telefono
3002653574

Dr Faiver Andres Enriquez Pabon, especialista en pediatría y líder de servicio pediatría
hospital marío gaital yanguas tel 3208200757

Dra. Dauri Mejía Especialista Servicio Ginecoobstetricia CAPS Calle 80 Tel
3014903376

Dr. Nesto Giraldo. Ocupación: Coordinador Servicio de Ginecoobstetricia Sub Red Norte E.S.E
Tel 3138162368

Dr. Antonio Vargas, Especialista Neonatología y Coordinador UCINCAPS Calle 80 Engativa
Tel .3002012202

Dr. Daniel Blanco Ocupación : Gerente Sub Red Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E
(actual) Celular : 3108593264

Dra. Diana Epia Silva

Ocupación : Médico Especialista Medicina Familiar , Gerencia y Auditoria de Calidad En Salud. (centro de
Atención de Salud) CAFAM - Soacha Teléfono : 5550050 ext : 11226
Celular : 3124617268

1

2

3

4

Dr. Jorge Londoño

Ocupación : Director de
Servicio MédicoTeléfono : 3176432991

Dr Jheferson Tocarruncho

Ocupación : Líder Médico
Teléfono : 3043781813 - 2231145 ext 170

Gladys Rojas Sierra Ocupación : Secretaria GeneralTeléfono : 2829141

Dra Johanna Avila Ocupación : Coordinadora MedicaTeléfono : 3043283785

Lic Yuranny Abuhatab RamirezOcupación : Representante Legal Teléfono : 31116463802

REFERENCIAS PERSONALES

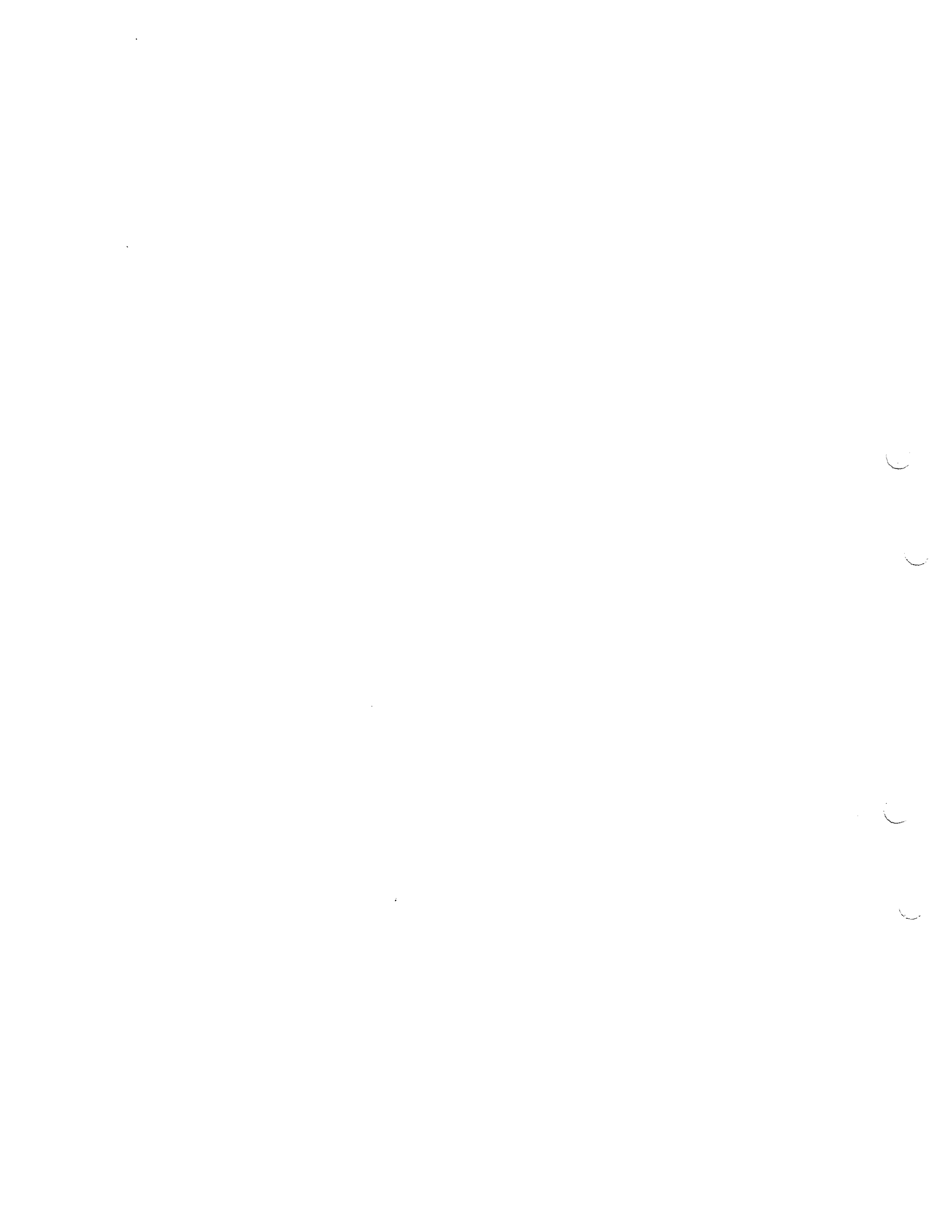
Rafael Leal ChapeOcupación : EnfermeroTeléfono : 3134951311

Olga Rocio Andrade Nuñez

Ocupación : EmpleadaTeléfono : 3175157234

FORMACIONES ADICIONALES

- Medicina Transfusional 2022
 - Comunicación Asertiva 2022
 - Sistema Único de Acreditación 2022
 - Gestión Del Duelo 2023
 - IAMI-AIEPI 2023
 - Soporte Vital Básico y Avanzado Neonatal NALS 2023
 - Protocolo de Fármaco Vigilancia 2022.
 - Registro y Manejo de Historias Clínicas 2022
 - Aislamiento de Paciente 2022.
 - Detección Temprana de Alteración en el Embarazo 2022.
 - Incapacidad Medica. 2022
 - MIPRES 2022
 - Lavado e higiene de manos 2023
 - Protocolo integran a atención integral de violencia sexual
- 2023
- curso : SAP 2017
 - Curso: BLS ACLS Grupo Colombiano de Emergencia
- Bogotá, Colombia 2023
- Curso: Sedación en paciente pediátrico y adulto -
- SALAMANDRABogotá, Colombia 2016



- Taller: Derechos humanos y violencia de genero.(
ONU,UNICEF) - Choco, Colombia 2014
- Taller. Educación sexual - Facultad Victoria de Girón la
Habana,Cuba Año 2010
- Curso: VIH Hospital - Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín
Albarran , La Habana, Cuba 2009
- Taller: Pedagógico en medicina general integral 2007
- Curso: Desastres Naturales Hospital Clínico Quirúrgico
JoaquínAlbarran, Cuba 2007
- Curso: Control de calidad en alimentos elaborados y pre-
elaborados. Pizza Hut Año 2004 - El Salvador
- Taller Vocacional: En soldadura industrial (obra y banco)
InstitutoNacional Luis Reynaldo
- Tobar Ahuachapan - El Salvador. 2002
- Seminario de Educación sexual en la Adolescencia y Adulto



Nestor manolo zepeda artero
 CE 433139 Pasaporte C01794575
 Tel: 3188799501

1

2

3

4

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Cédula de Extranjería

COL

RESIDENTE No. **433139**



APELLIDOS: ZEPEDA ARTERO

NOMBRES: NESTOR MANOLO

NACIONALIDAD: SLV

FECHA DE NACIMIENTO: 1984/10/11

SEXO: M RH: B+

F. EXPEDICIÓN: 2024/12/16

VENCE: 2029/12/02

FIRMA



INDICE DESTACADO

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 285638287



PIB
09:24:10
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de diciembre 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) NESTOR MANOLO ZAPEDA ARTERO identificado(a) con Cédula Extranjería número 433139:

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.



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 viernes 05 de diciembre de 2025, a las 09:28:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Extranjería
No. Identificación	433139
Código de Verificación	433139251205092832

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

Generó: WEB

5

6



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:34:37 AM horas del 05/12/2025, el ciudadano extranjero con:
Cédula de Extranjería N° 433139

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

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

GOV.CO GOV.CO

Todos los derechos reservados.

2

3



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, 05/12/2025 09:31:12 a. m. para la **Cedula de Extranjeria: N°. 433139**

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. **128812010** . 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.

<p>Dios y Patria</p>	<p>Policía Nacional de Colombia Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21 Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C. Línea de atención: 018000-910112</p>	
-----------------------------	---	--



**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 CE 433139 **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 03/12/2025 09:43 AM



Código Verificación: 4N1ZS29JUB

Válida hasta: 03/03/2026

Dirección de Gobierno Digital
**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

**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 09:33:15 horas del 05/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de extranjería No. **433139**.

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**, con NIT **800006850-3** 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>



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C43313900286826

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) **NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO**, identificado(a) con C.E. No. 433139 y T.P. o R.M. No. 433139 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 03 diciembre 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Presidente



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

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

antecedentestribunal@outlook.com

2

3



Búsqueda	Mis Procesos	Mis Datos	Ir a
----------	--------------	-----------	------

Inicio - Configuración Entidad Estatal/Proveedor

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

Editar datos de usuario Editar datos de perfil

Información general

Logo de la entidad

Nombre de la entidad NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO

Nombre abreviado NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO

Fecha de creación 11/09/2018 (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Extranjería

Número de documento 433139

Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural Extranjera

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

País COLOMBIA

Ciudad Distrito Capital de Bogotá

Municipio

Información de contacto

Dirección Kr 31 13 132 To 10 Ap 103 ciudad verde, soacha

Código postal

Teléfono de oficina 3188790501

Fax de oficina

Correo electrónico de la oficina nmanolozepeda@gmail.com

Correo electrónico para notificaciones SECOPII manolosenclamente@gmail.com

Dirección Estado País Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web

Facebook

URL linkedin

URL de youtube

Twitter URL

Contacto principal

Título Prof

Nombre NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO

Cargo MEDICO

4639539

2

2

2

2

Ver Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Teléfono

Móvil 3188799501

Fax

Correo electrónico manciosencitamente@gmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

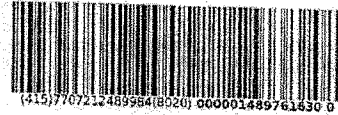
Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado
------------	----------	--------	--------------------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14897616300



(415)770722489984(B020) 000001489761630 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **7 0 0 2 6 7 6 9 1 0** 6. DV **0** 12. Dirección seccional **Impuestos de Bogotá** 13. Buzón electrónico **3 2**

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión líquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Extranjería** 26. Número de identificación **4 3 3 1 3 9** 27. Fecha expedición **2 0 2 0 0 1 0 9**

Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Bogotá D.C.** 30. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.**

31. Primer apellido **ZEPEDA** 32. Segundo apellido **ARTERO** 33. Primer nombre **NESTOR** 34. Otros nombres **MANOLO**

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Bogotá D.C.** 40. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.**

41. Dirección principal **CR 71 # 58 A. 60 SUR**

42. Correo electrónico **manoloseuncillamente@gmail.com**

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Cualidades y Atributos

53. Código **5 1 6**

15- Impto. renta y compl. régimen ordinario

16- Obligación facturar por ingresos bienes

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

57. Modo 58. CPC

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

59. Anexos SI NO 60. No. de folios **0** 61. Fecha **2023 - 02 - 21 / 09 : 12:04**

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre **ZEPEDA ARTERO NESTOR MANOLO**
985. Cargo **CONTRIBUYENTE**

①

②

③

④

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2025-12-12	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
--------	------------	---------	--------	---------------	--------------

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	<input type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	CONTRATISTA OPS	<input checked="" type="checkbox"/>	SERVIDOR PUBLICO	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>	CUAL:	MEDICO GENERAL
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	------------------	--------------------------	------	--------------------------	-------	----------------

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ZEPEDA	ARTERO	NESTOR	MANOLO

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
<input type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP	433139	BOGOTÁ	2020-10-09
<input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1984-10-11	AHUACHAPAM	EL SALVADOR	SALVADOREÑA

ESTADO CIVIL

<input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO(A)	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
	3	1	3188799501

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

<input type="checkbox"/> MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> TECNOLOGO <input type="checkbox"/> OTRO	CUAL: MEDICO GENERAL	PROFESION / OFICIO
		CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CHA 31 # 13-132 TORRE 10APTO 103	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	6014410490

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA	
maticosencillamente@gmail.co	N/A	<input type="checkbox"/> PROPIA <input checked="" type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA	

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
<input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP			
<input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CUAL:		NACIONALIDAD:	

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

<input type="checkbox"/> SALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SOCI@ <input checked="" type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	CUAL:	MEDICO GENERAL
--	-------	----------------

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	IVA	ICA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	8621

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	ESE Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	SERVICIOS	SALUD	# NIT
<input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> AGRICOLA <input type="checkbox"/> ENERGETICA <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> TECNOLOGIA <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	800006850-3

OTRA CUAL:



FORMATO SARLAFT

Codigo TH_FTO_45
Version 0
Vigencia 12/12/2022

Table with 5 columns: Direccion de la Empresa, Telefono, Ciudad/Municipio, Departamento, Pais. Values: Calle 13 No. 10 - 60, 730 92 30, SOACHA, CUNDINAMARCA, COLOMBIA

Table with 3 columns: Cargo Actual, Medico General, Fecha Vinculacion. Values: MEDICO GENERAL, 2026-01-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

Table with 6 columns: Numero de Empleados, Ventas Anuales, Codigo Actividad Economica, Descripcion Actividad, Fecha Constitucion, Tipo Sociedad. Values: N/A, N/A, N/A, N/A, N/A

5. INFORMACION FINANCIERA

Table with 8 columns: Ingresos Mensuales, Egresos Mensuales, Activos, Pasivos. Includes rows for Salarios, Honorarios, Arriendos, Comisiones, Otros Ingresos, Total Ingresos, Total Egresos, Total Activos, Total Pasivos.

Table with 4 columns: Descripcion Otros Ingresos, Descripcion Otros Egresos, Descripcion Otros Activos, Descripcion Otros Pasivos. Values: N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

Table with 4 columns: Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre. Values: ANDRADE, LEAL, ROCIO. Includes Direccion, Ciudad/Departamento/Pais, Tipo Relacion, Telefono Fijo y/o Extension/Celular.

7. REFERENCIA FINANCIERA

Table with 5 columns: Nombre Entidad, Tipo de Producto, Numero, Sucursal, Telefono. Values: DAVIVIENDA, cuenta de ahorros, 473270378824,00, BOGOTÁ

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [] NO [X]

Table with 6 columns: Nombre Entidad, Tipo de Producto, Numero, Pais/Ciudad, Moneda, Monto Promedio. Values: N/A, N/A, N/A, N/A, N/A, N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [] EXPORTACION [] TRANSFERENCIAS [] PRESTAMOS [] PAGO SERVICIOS [] OTRA []

CUAL: N/A

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): MEDICO GENERAL
MEDIO GENERAL

- 2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	12/12/2022

1. (Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APÓDERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual previene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y responder las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previstos en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO identificado(a) con CE 433139 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/05/2018
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 03 días del mes diciembre del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ZEPEDA ARTERO NESTOR MANOLO** identificado(a) con **CE** número **433.139** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 24 de junio de 2016 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 03 de diciembre 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/>



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ZEPEDA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ARTERO		NOMBRES NESTOR MANOLO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.G. <input type="radio"/> C.E. <input checked="" type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 433139			GENERO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input checked="" type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input checked="" type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>			NÚMERO 433139		D.M. 01
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 11 MES 10 AÑO 1984			CARRERA 20 22 291 CIUDAD VERDE		
PAÍS EL SALVADOR			PAÍS COLOMBIA	DEPTO CUNDINAMARCA	
DEPTO			MUNICIPIO SOACHA		
MUNICIPIO			TELÉFONO 3188799501	EMAIL drnestorzepeda@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	01	AÑO	2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA 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		DOCTOR EN MEDICINA	09	2012	270276

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO
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
INGLÉS		X			X			X	

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 HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	07	Año	2023	Día		Mes	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENCIAL EN HOSPITALIZACION			DEPENDENCIA AREA DE SALUD				DIRECCIÓN CALLE 13 10 48 soacha					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD AVIDANTI CLINICA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SOACHA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 6015800908			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
			Día	17	Mes	04	Año	2023	Día		Mes	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL ATENCION URGENCIAS			DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE SALUD				DIRECCIÓN CARRERA 34 33 49 ciudad verde, soacha					

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4431790			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	29	Mes	04	Año	2020	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN tv 100a numero 80a-50					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FAM				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 5556577			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	08	Mes	03	Año	2018	Día	05	Mes	03
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO CONSULTA EXTERNA			DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN CARRERA 3 29A 02 local 1087					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3118421081			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	23	Mes	10	Año	2018	Día	31	Mes	10
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN AVENIDA 1A 40B 54 bogota					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD S ASISTIR SALUD (COMPENSAR)				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 73000200			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	04	Mes	05	Año	2017	Día	01	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN alamos industria calle 64g#90a-40					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 5264829			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	23	Mes	06	Año	2016	Día	28	Mes	02
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN CALLE 163 16A 71					

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CRUZ ROJA COLOMBIANA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 7460909			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	25	Mes	04	Año	2015	Día	07	Mes	04
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 68 31 41 sur				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS INDIGENA CAPERA S.A.S				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CHOCÓ			MUNICIPIO EL LITORAL DEL SAN JUAN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3116463802			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	18	Mes	03	Año	2013	Día	31	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN resguardo indigena papayo, litoral del san juan me				

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:	
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	2	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

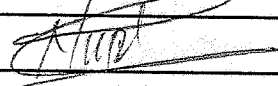
FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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 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 SOACHA, 12 DICIEMBRE 2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

[Empty box for observations]

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

**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Periodo Declarado: 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO**
 IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. No. 433139 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
 PAÍS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA
 DIRECCIÓN: CARRERA 20 22 291 CIUDAD VERDE TELÉFONO: 3188799501

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LYA MANUELA ZEPEDA MEJIA	1024604149	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	\$69.600.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$69.600.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	473870220448	BOGOTA	1.800.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:
 NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°
 C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA




FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOACHA, 12 DICIEMBRE 2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
	VIGENCIA	05/07/2022	

Soacha, 12 de diciembre de 2025

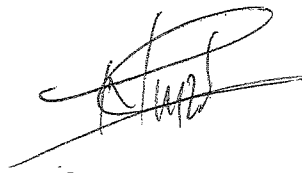
NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo, NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO, identificado con cedula extranjería No.433139 a, interesado en la oferta de prestación de servicios de Médico General, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (x) no (___) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,




C.E. 433139

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
 Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
 Soacha –Cundinamarca-Colombia.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

1
2
3
4

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD							
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>JUR FTO 02</td> </tr> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>31/10/2023</td> </tr> </table>	CÓDIGO	JUR FTO 02	VERSIÓN	01	VIGENCIA	31/10/2023
	CÓDIGO	JUR FTO 02						
VERSIÓN	01							
VIGENCIA	31/10/2023							

Soacha, 12 de Diciembre 2025

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

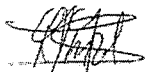
E. S. M.

Yo NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 433139 de BOGOTA por medio del presente documento me permito manifestar que:


PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, **b)** Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SÉPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,



C.E. No. 433.139 De BOGOTA

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARL COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO

N.º Documento: C.E. 433139

Fecha de Nacimiento: 11/10 /1984

Dirección: CRA 20#22-91

Teléfono. Fijo – Celular: 318879950

E-mail: manolosencillamente@gmail.com

EPS: FAMISANAR

AFP: PROTECION



Firma Contratista: _____

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.

Medellín, 26 de december de 2025

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

CERTIFICA:

Que NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO identificado(a) con cédula de ciudadanía 433139 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 27/12/2025

Fecha fin cobertura: 30/06/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN
CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 PORCENTAJE: 2.436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN
CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001
CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

- 1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
- 2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null


VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

26/12/2025 10.03 AM

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 12 de diciembre de 2025

Señores:

ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, LA HABANA CUBA

Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Nestor Manolo Zepeda Artero en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Artículo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

MEDICO GENERAL

Cordialmente;




N° Documento CE 433139

Dirección de contacto CRA 20 # 22-291


Teléfono 3188799501

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.


 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS	
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO JUR_FTO_20
		VERSIÓN 01
		VIGENCIA 31/10/2023

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.

Yo, NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 433.139, expedida en BOGOTA, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS							
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>JUR_FTO_20</td> </tr> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>31/10/2023</td> </tr> </table>	CÓDIGO	JUR_FTO_20	VERSIÓN	01	VIGENCIA	31/10/2023
	CÓDIGO	JUR_FTO_20						
VERSIÓN	01							
VIGENCIA	31/10/2023							


Los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA: Protección de datos.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA: Utilización de la información:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SÉPTIMA: Contraseña:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA: Traspaso de información.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA: Bloqueo.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DÉCIMA: Aplicación normativa.** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	
5	BASES DE DATOS SISBEN – RÉGIMEN SUBSIDIADO – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Para constancia se firma en Soacha, a los 12 días del mes de diciembre de 2025





Firma y huella

3188799501

Celular No.

manolosencilamente@gmail..com

Correo institucional

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH FTO 56
		VERSION	00
	VIGENCIA	04/05/2023	


Soacha, 12 de diciembre de 2025.

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
 Soacha (Cundinamarca)

Yo Néstor Manolo Zepeda Artero, identificado con C.E. 433139, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,



 C.E. 433139

2 3 2 3



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD

Ciudad de Expedición BOGOTA, D.C.	Sucursal OFICINA NEGOCIOS ESPECIALES	Tipo de Movimiento EMISION ORIGINAL	Poliza No. 02-03-101000738	Anexo No. 0
Tomador NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO		Ciudad SOACHA, CUNDINAMARCA	CE 433.139	Telefono 3188799501
Dirección CR 20 NRO. 22 - 291		Ciudad SOACHA, CUNDINAMARCA	CE 433.139	Telefono 3188799501
Asegurado NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO				
Dirección CR 20 NRO. 22 - 291				
Beneficiario TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
Fecha de Expedición (D-M-A) 09 / 12 / 2025	Vigencia Seguro Desde las 24 horas (D-M-A) 09 / 12 / 2025		Hasta las 24 horas (D-M-A) 09 / 12 / 2026	
	Vigencia Anexo Desde las 24 horas (D-M-A) 09 / 12 / 2025		Hasta las 24 horas (D-M-A) 09 / 12 / 2026	
Intermediario DIRECTA	Clave 4013	% Participación 100.00	Compañía	% Participación

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 100,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 100,000,000.00		\$ 20,000,000.00

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 - \$ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****100,000,000.00	PRIMA:	\$ *****115,802.00
PLAN DE PAGO:	CONTADO	IVA:	\$ *****22,002.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****137,804.00

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 POLIZA.

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: CARRERA 13A # 96 - 66, TELÉFONO 2560059 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1323.P.06.0000006E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(4415)7709598021167 (R020)11020250593745 (3900)900000137804 (96)20250123

REFERENCIA
PAGO:
1102025059374-5

[Handwritten Signature]

02-03-101000738

JEYSONBERMÚDEZ

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSA	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
OFICINA NEGOCIOS ESPECIALES	EMISION ORIGINAL	02-03-101000738	0
TOMADOR NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO		CE 433.139	
DIRECCION CR 20 NRO. 22 - 291	CIUDAD SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3188799501	
ASEGURADO NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO		CE 433.139	
DIRECCION CR 20 NRO. 22 - 291	CIUDAD SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3188799501	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CERTIFICADO DE EMISION 2025 - 2026

ASEGURADO: NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO
No. DE IDENTIFICACION: CE 433.139

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

UBICACION CONSULTORIO: NO POSEE CONSULTORIO

SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN A INFORMACION SUMINISTRADA

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 - 0900000E-RC-001A- D001

En adicion a lo indicado en las condiciones generales de la poliza, la cobertura otorgada se rige por lo contenido en estas condiciones particulares.

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

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: MEDICINA GENERAL.

OBJETO DE LA POLIZA: LA COBERTURA OTORGADA BAJO LA PRESENTE POLIZA AMPARA UNICAMENTE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, IMPUTABLE A: NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO, EN LA PRESTACION DE SERVICIOS EN MEDICINA GENERAL, CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA.

LIMITE ASEGURADO: OPCION No. 1. \$100.000.000

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 danos materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

1.2 GASTOS 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.

JEYSONBERMUDEZ

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

2



SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CURSUAL		TIPO DE MOVIMIENTO		POLIZA No.	ANEXO No.
OFICINA NEGOCIOS ESPECIALES		EMISION ORIGINAL		02-03-101000738	0
TOMADOR	NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	CE	433.139
DIRECCION	CR 20 NRO. 22 - 291	TELEFONO			3188799501
ASEGURADO	NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO	CIUDAD	SOACHA, CUNDINAMARCA	CE	433.139
DIRECCION	CR 20 NRO. 22 - 291	TELEFONO			3188799501
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT			0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.

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 danos 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: 10.000.000

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 adiccion al mismo.

OPCION No 1

AMPARO BASICO \$ 100.000.000

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS \$ 100.000.000

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD \$ 100.000.000

GASTOS DE DEFENSA

Límite por : OPCION No 1

Evento 10.000.000

Vigencia 20.000.000

DEDUCIBLES

DEDUCIBLES AMPARO OPCION No 1

GASTOS DE DEFENSA 10%

DEMÁS AMPAROS 10% - Min 1 SMLV

EXCLUSIONES

JEYSONBERMUDEZ

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

DUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
OFICINA NEGOCIOS ESPECIALES	EMISION ORIGINAL	02-03-101000738	0
TOMADOR NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO		CE 433.139	
DIRECCION CR 20 NRO. 22 - 291	CIUDAD SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3188799501	
ASEGURADO NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO		CE 433.139	
DIRECCION CR 20 NRO. 22 - 291	CIUDAD SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3188799501	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos, daños y/o perjuicios consistentes en, originados por, consecuencia de, o generados de manera directa o indirecta por:

- 1.Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento del nacimiento o hasta dos (2 años) despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
- 2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.
- 3.Responsabilidad de otros profesionales de la salud o talento humano en salud, por la prestacion de sus servicios en el consultorio o en los predios del asegurado.
- 4.Perjuicios causados por la prestacion de servicios de salud por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o actividad de la salud o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.
- 5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcoholicas, intoxicantes, alucinogenas o narcoticas.
- 6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -Invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
- 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 cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas, 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 inviabile 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 dictámenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente.
- 12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo vih (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.
- 13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, sanciones de caracter administrativo o daños punitivos.
- 14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos. En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza. Esta exclusion no aplica cuando el profesional o talento humano de la salud afectado estuviere en 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 acreditados para este fin.
- 17.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.
- 18.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente no justificada de acuerdo con la ley. En caso de abandono y/o negativa de atencion justificada conforme a la ley, SEGURESTADO respaldara al asegurado unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la 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.

JEYSONBERMUDEZ

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5-Telefono: 601-2186977, 601-6019330

4



**SEGUROS
DEL
ESTADO**
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL		TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
OFICINA NEGOCIOS ESPECIALES		EMISION ORIGINAL	02-03-101000738	0
TOMADOR	NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO	CIUDAD	CE 433.139	
DIRECCION	CR 20 NRO. 22 - 291	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3188799501	
ASEGURADO	NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO	CIUDAD	CE 433.139	
DIRECCION	CR 20 NRO. 22 - 291	SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3188799501	
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.
23. Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.
24. Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.
25. La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.
26. Actos medicos indirectos, y los denominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia.
27. Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o características 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 neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.
29. Daños originados o relacionados con organismos patogenos, conforme su definicion medica - cientifica.
30. Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. En todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.
31. Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHCC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestacion de servicios con una institucion prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHCC, que tenga habilitados dichos servicios por la autoridad competente en Colombia.
32. Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones 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 para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.
35. Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier entidad, cuando los perjuicios que se le reclaman provengan de dicha actividad como miembro de junta directiva
36. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:
 - I- Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasion, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones belicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelion, revolucion, insurreccion, o conmocion civil alcanzando la proporcion de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.
 - II- Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.
 37. Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.
 38. Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:
 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 se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.
 40. Responsabilidad civil profesional o por actividades netamente administrativas.
 41. La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.
 42. El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moño hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

JEYSONBERMUDEZ

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-8

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
OFICINA NEGOCIOS ESPECIALES	EMISION ORIGINAL	02-03-101000738	0
TOMADOR NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO		CE 433.139	
DIRECCION CR 20 NRO. 22 - 291	CIUDAD SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3188799501	
ASEGURADO NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO		CE 433.139	
DIRECCION CR 20 NRO. 22 - 291	CIUDAD SOACHA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3188799501	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

43. Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
44. La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito e imprevisto.
45. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, así como el uso de armas de fuego.
46. Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la póliza.
47. El incumplimiento de obligaciones contractuales, así como la inobservancia o violación de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales. Sin perjuicio de ello, se aclara que la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud se encuentra amparada.
48. Hurto, falsificación, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiación 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 médico quirúrgico o realización 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 disenso informado.
51. Reclamación por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos y/o materiales cuando no se hayan realizado los mantenimientos, control sobre el uso y medidas de seguridad a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o proveedor del equipo.
52. Cuando el asegurado no mantenga la historia clínica del paciente al día 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 prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a través de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.
55. Perjuicios derivados de actos médicos cometidos fuera de la república de Colombia.
- EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no será 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 autorización para realización de la cirugía e intervención, diligenciada y firmada por:
- El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad deberá estar firmada por los padres o acudientes.
 - El (os) Médico(s) tratante(s) y
 - La Enfermera asistente o un testigo
58. El Asegurado no mantenga la historia clínica del paciente al día 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 Resolución No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 y los demás que lo reglamenten y/o lo modifiquen.
60. Se excluye la prestación de servicios de salud en la modalidad de teleorientación y de teleapoyo.
61. Se excluye la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atención en salud.
62. La prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a través de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.
63. No tienen cobertura bajo esta póliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional médica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.
64. Se excluye el Cyber Edge o Riesgo Cibernético: exclusión de pérdida de datos y cyber liability; esta póliza excluye cualquier responsabilidad, reclamación, pérdida, daño o gasto derivado directa o indirectamente de acceso no autorizado, uso, impedimento de uso, error o fallo de programación, uso malicioso, infección por programas maliciosos o virus, extorsión, destrucción, interferencia o impedimento de acceso a datos o sistemas informáticos de propiedad o no del asegurado. Se excluyen también pérdidas, daños, responsabilidades o reclamaciones derivadas directa o indirectamente de modificación, corrupción, pérdida, destrucción, robo, uso indebido, acceso no autorizado, procesamiento ilegal o no autorizado o revelación de datos, destrucción o robo de cualquier computadora o aparato electrónico o accesorio que contenga datos. Datos significa cualquier tipo de información personal o corporativa en cualquier formato o soporte.
65. Exclusión de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: El asegurador no será responsable de realizar ningún pago por Pérdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:
- el hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre: a. un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
 - la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o

JEYSONBERNAUDEZ

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

6



SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-8

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
OFICINA NEGOCIOS ESPECIALES	EMISION ORIGINAL	02-03-101000738	0
TOMADOR NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO	CIUDAD SOACHA, CUNDINAMARCA	CE 433.139	
DIRECCION CR 20 NRO. 22 - 291		TELEFONO 3188799501	
ASEGURADO NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO	CIUDAD SOACHA, CUNDINAMARCA	CE 433.139	
DIRECCION CR 20 NRO. 22 - 291		TELEFONO 3188799501	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 propósitos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:

- 1) Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
- 2) Neumonía atípica o cualquier cepa de esta;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA

LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES

: FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 días calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.

CLAUSSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A.

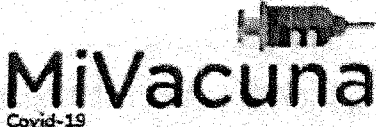
Quando el tomador y/o asegurado contrata polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.

REQUISITOS DE EXPEDICION SUBJETIVIDADES

-No renovacion tacita o automatica: la poliza no sera renovada automaticamente, sino que, para efectos de su renovacion, el asegurado debera solicitar la renovacion con 30 dias calendario de anticipacion al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGURESTADO presentara los terminos y condiciones de acuerdo con la evaluacion del riesgo que se efectue.



-No se otorga restablecimiento del valor asegurado

-La presente poliza se expide como global para la actividad del cliente, bajo vigencias anualizadas, podra ser renovada, revocada pero no se podran realizar movimientos de prorroga.



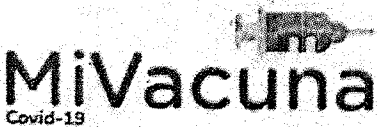
MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

	La salud es de todos	Minsalud		MiVacuna
---	----------------------	----------	---	-----------------



Certificado de vacunación

Nombres: **Nestor Manolo**
 Apellidos: **Zepeda Asteiro**
 Documento de identidad: **CC** **TI** **Pasaporte** **FE** **USC** **DAE**
 No. **433139**
 Fecha de nacimiento: Día **11** Mes **10** Año **1984**



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

	La salud es de todos	Minsalud		MiVacuna
---	----------------------	----------	--	-----------------

Certificado de vacunación

Nombres: **Nestor Manolo**
 Apellidos: **Zepeda**
 Documento de identidad: **CC** **TI** **Pasaporte** **FE** **USC** **DAE**
 No. **433139**
 Fecha de nacimiento: Día **11** Mes **10** Año **1984**


①

②

③

④

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	2/14/21	Pfizer	51442	Calle 80	Angela Diaz	1033754233
	2	03/10/21	Pfizer	FAS543 09/21	Plaza Artesanos S R CO.	Beatriz Garcia	52334031
	3	21/11/21	Moderno	019J21A 19-4-22	Plaza Artesanos	Fabian Bermudez	80829600

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	4	08 08 22	Pfizer	PCA 007a	CC Galera	 Claudia Chicaiza C.C.: 27.436.314 Aux. Enfermería Dios te bendiga	
	2						

C

C

C

F

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:

Nestor

Apellidos:

Zepeda

Documento
de identidad:

C.C.X-TI

Pasaporte

No.

433139

Fecha de
Nacimiento:

Día

11

Mes

10

Año

1984

1

2

3

4

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Difterico Td	1	05-05-16		
	2	07-07-2017		
	3	03-10-19	035121C	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	05-05-16		
	2	08-06-2016		
	3	06 MAR 2016	1434034	02/20
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

1

2

3

4

MD. EBELINTON DE JESÚS ALTAMAR OROZCO
MEDICO ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
eal191@hotmail.com
Cel. 3205146880



CERTIFICADO EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL:

FECHA DE ATENCION: 26/12/2023

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA QUE ATENDIO A:

PACIENTE: NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO	EDAD: 39 AÑOS
DOCUMENTO TIPO C.E 433139	FN 11/10/1984
PROFESION: Médico	
EMPRESA: hospital Mario Gaitán Yanguas, E.S.E	
CARGO: contratista – médico general hospitalario.	
EPS: famisanar.	AFP: protección
TIPO DE EXAMEN: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO	
MAIL : no refiere	CEL : 318 8799501

CONCEPTO DE APTITUD: SE CONSIDERA APTO PARA DESEMPEÑAR LABOR COMO
CONTRATISTA – MÉDICO GENERAL HOSPITALARIO.

RECOMENDACIONES:

1. Higiene postural, evitar posturas prolongadas fuera de ángulos de confort, cambios posturales cada 2 horas con estiramientos. Continuar con seguimientos de especialistas tratantes. Uso estricto de corrección visual permanente.
2. alimentación balanceada, fraccionada, rica en frutas, verduras, vegetales, baja en sal, grasas, harinas. Uso de bloqueador solar, realizar actividad física según indicaciones de médico tratante.
3. Uso estricto de elementos de protección personal.
4. Realizar pausas activas osteomusculares cada 2 horas, visuales cada 1 hora, cambios posturales, sedente/bipedestación en las pausas.
5. Mantener las medidas de bioseguridad, uso estricto de elementos de protección personal.

EXAMENES ANALIZADOS

* EMPRESARIAL EXAMEN MEDICO EMPRESARIAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, NEUROLOGICO, DERMATOLOGICO, PSICOSOCIAL - INGRESO

Ebelinton Altamar Orozco
MD. Ebelinton Altamar Orozco
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. Res. 25-3103 de 2015

EBELINTON DE JESÚS ALTAMAR OROZCO

MEDICO ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO LIC. RES. 25-3103 DE 2015

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy, los resultados de las pruebas paraclinicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verdicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que recibire notificación a mi correo@ para la consulta de los resultados de los exámenes de laboratorio y paraclinico realizados y que puedo obtener copia de las variaciones realizadas en el momento que lo requiera.



ESTE PASEÑO ES DE PROPIEDAD DE NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO C.E 433139

"El Medio Por El Cual El Hombre Sustenta La Vida, Es A Menudo, Una Ocupacion Que La Pone En Peligro." B.RAMAZZINI



1

2

3

4

MD. EBELINTON DE JESUS ALTAMAR OROZCO
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
md.ebelintonaltamar@gmail.com
Cel. 3205146880



CERTIFICADO VALORACION VISIOMETRÍA

Fecha de atención: 26/12/2023

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA QUE ATENDIO A:

PACIENTE: NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO	
DOCUMENTO TIPO C.E 433139	EDAD: 39 años FN 11/10/1984
TIPO DE EXAMEN: visiometría ocupacional de ingreso	
EMPRESA: hospital Mario Gaitán Yanguas, E.S.E	
PROFESIÓN: médico	
CARGO: contratista – médico general hospitalario	

Hallazgos:

Agudeza visual lejana sin corrección:	Visión cercana sin corrección:
OD: 20/20	OD: 0.5M
OI: 20/20	OI: 0.5M
AO: 20/20	AO: 0.5M

Oftalmoscopia:

- OD: Normal
- OI: Normal

Test de ishihara:

- OD: Normal
- OI: Normal

Estereopsis: 40" arco, normal

Dx: Emélope

Recomendaciones:

Ergonomía visual, protección ultravioleta y pausas activas oculares, según indicaciones de optometría, control anual por optometría, uso de protección visual antirreflejo.

Ebelinton Altamar Orozco
MD. Ebelinton Altamar Orozco
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. Res. 25-3103 de 2015

EBELINTON DE JESUS ALTAMAR OROZCO
MEDICO Esp. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO LIC. RES.25-3103 DE 2015



VISIOMETRIA PAGRESO 26-12-2023 NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO E.S.E



"El Medio Por El Cual El Hombre Sustenta La Vida, Es A Menudo, Una Ocupacion Que La Pone En Peligro." B.RAMAZZINI

0

0

0

0



REPUBLICA DE CUBA

El Rector de la Escuela Latinoamericana de Medicina

en uso de las facultades que le están conferidas y a propuesta
del Decano de la Facultad, expide el presente Título de:

Doctor en Medicina

a favor de:

Doctor Manolo Zapeda Artero

por haber cumplido los requisitos establecidos en el plan de estudios
y realizado los ejercicios correspondientes para la conclusión de la
carrera, el día 16, del mes de octubre, del año 2012.

En testimonio de lo cual, se suscribe en la ciudad de La Habana
a los 17 días del mes de octubre, del año 2012.

Rector

Decano

Secretario General

Registrado en libro X folio 294 número 4776 del Registro de Títulos de la Secretaría General del CES
Registrado en libro Y folio 29 número 3044 de la Secretaría de la Facultad de José Martí de Quesada

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9



ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA

Carretera Panamericana Km. 3½ Santa Fe.
Playa, La Habana, Cuba.

**INGENIERA WUILMARIS PÉREZ TORRES, SECRETARIA GENERAL DE LA
ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA. LA HABANA, REPÚBLICA DE
CUBA.**

CERTIFICO QUE: Nestor Manolo Zepeda Artero
Procedente de: **EL SALVADOR**
graduado(a) de **DOCTOR(A) en MEDICINA**, en este Centro de Educación Médica Superior
culminó sus estudios el día: dieciséis de octubre de dos mil doce manteniendo durante
los años de la carrera, tanto en el área de las Ciencias Básicas como en el área clínica
una conducta satisfactoria y buena praxis.

El título está expedido con fecha: diecisiete de octubre de dos mil doce registrado en el
tomo 8 folio 279 número 6996 correspondiente al libro de registros de graduado
del centro y tomo 1 folio 85 número 3014 del registro de graduados de la
Facultad de Ciencias Médicas: **ICBP, Victoria de Girón**

El título así como los demás documentos expedidos y programas de estudio, lo habilitan para ejercer
como Médico General en todo el Territorio Nacional.

ASÍ MISMO CERTIFICO QUE: Este centro pertenece a la red de centros universitarios del país
para las especialidades de Medicina con todas las funciones y facultades inherentes a esta rama de la
Educación Superior acorde con la Ley 1307 de 1976 dictada por el órgano legislativo de la República
de Cuba y el acuerdo No 3878 con fecha 31 de enero de 2001 del Comité Ejecutivo del Consejo de
Ministros, acordando categorizar a la Escuela Latinoamericana de Medicina como centro de Educación
Superior adscrito al Ministerio de Salud Pública.

Y para surtir efecto fuera del territorio nacional, se expide el presente documento en La
Habana, República de Cuba, a los diecisiete días del mes de octubre del año dos mil doce.

Ing. Wuilmari Pérez Torres
Secretaria General
ELAM



1

2

3

4



ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA

Carretera Panamericana Km 13, Santa Fe,
Playa, La Habana, Cuba.

**INGENIERA WUILMARIS PÉREZ TORRES, SECRETARIA GENERAL DE LA
ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, LA HABANA, REPÚBLICA DE
CUBA.**

CERTIFICO QUE: Nestor Manolo Zepeda Artero
Procedente de: **EL SALVADOR**
graduado(a) de **DOCTOR(A) en MEDICINA**, en este Centro de Educación Médica Superior
culminó sus estudios el día: dieciséis de octubre de dos mil doce manteniendo durante
los años de la carrera, tanto en el área de las Ciencias Básicas como en el área clínica
una conducta satisfactoria y buena praxis.

El título está expedido con fecha: diecisiete de octubre de dos mil doce registrado en el
tomo 8 folio 279 número 6996 correspondiente al libro de registros de graduado
del centro y tomo 1 folio 85 número 3014 del registro de graduados de la
Facultad de Ciencias Médicas: ICBP, Victoria de Girón

El título así como los demás documentos expedidos y programas de estudio, lo habilitan para ejercer
como Médico General en todo el Territorio Nacional.

ASÍ MISMO CERTIFICO QUE: Este centro pertenece a la red de centros universitarios del país
para las especialidades de Medicina con todas las funciones y facultades inherentes a esta rama de la
Educación Superior acorde con la Ley 1307 de 1976 dictada por el órgano legislativo de la República
de Cuba y el acuerdo No 3878 con fecha 31 de enero de 2001 del Comité Ejecutivo del Consejo de
Ministros, acordando categorizar a la Escuela Latinoamericana de Medicina como centro de Educación
Superior adscrito al Ministerio de Salud Pública.

Y para surtir efecto fuera del territorio nacional, se expide el presente documento en La
Habana, República de Cuba, a los diecisiete días del mes de octubre del año dos mil doce.

Ing. Wuilmaris Pérez Torres
Secretaria General
ELAM



2

2

2

2



PROVINCIA
IMBA TOCÓC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL
VALENTO TRABAJADOR EN SALUD **27 278/2014**

Resolución No.

Profesión o Ocupación
MEDICO

Nombre y Apellido

NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO

C.C. P.C.C.

433738

Instituto de Educación

IES

Código

88738/11

Ciudad

CURIA

Fecha de Expedición

19/11/2014

FIRMA

FIRMA

DIRECTOR DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PÚBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY 72-97 Y SE REGISTRAN EN 2007
EN ESTE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1444 DE 1962 Y 4187 DE 2011, QUE
DETERMINAN LAS FUNCIONES DEL DIRECTOR GENERAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.

1

2

3

4

Verificar Registro en ReGTHUS

Limpiar

Resultado General - 2025-12-05--9:48:59 AM

CE	433139	NESTOR	MANOLO	ZEPEDA	ARTERO	Vigente	Ver
[Redacted]							

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) NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO identificado(a) con CE 433139 registra La siguiente información:

2025-12-05--9:48:59 AM

Información Académica

UNV	Local	Medicina	2014-09-01	276	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
[Redacted]					

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 (ReGTHUS).

2

2



MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 1916

(27 FEB. 2013)

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 5012 de 2009 y las Resoluciones No.2763 del 13 noviembre de 2003 y No.3926 del 12 de mayo de 2011

CONSIDERANDO:

Que NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO, ciudadano salvadoreño, identificado con pasaporte No. A01794575, presentó para su convalidación el título de DOCTOR EN MEDICINA, otorgado el 17 de octubre de 2012, por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, CUBA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2012ER136541-43084/12.

Que NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO canceló la suma de cuatrocientos quince mil trescientos pesos (\$415.300.00) por concepto de estudio para la convalidación del título cursado y obtenido en el exterior, de acuerdo con lo establecido en el artículo 4º de la Resolución 2590 de 2012.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2008, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 3º de la Resolución 5547 del 1º de diciembre de 2005 y el artículo 178 del decreto 19 del 10 de Enero de 2012, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de *Caso similar*, el cual establece que "Cuando el título que se somete a convalidación, corresponda a un programa académico que hubiera sido evaluado con anterioridad por el Ministerio de Educación Nacional o el ICFES, se resolverá aplicando la misma decisión que en el caso que sirve como referencia. Para tal efecto, deberá tratarse del mismo programa académico, ofrecido por la misma institución y con una diferencia entre las fechas de otorgamiento de los dos títulos que no podrá exceder los ocho (8) años."

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo, el Ministerio de Educación Nacional, mediante resolución No.333 del 1 de febrero de 2006, convalidó un título otorgado el 23 de julio de 2005, por la misma universidad y correspondiente al mismo programa académico, previa evaluación de una delegación de pares académicos.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de DOCTOR EN MEDICINA, otorgado el 17 de octubre de 2012, por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, CUBA, a NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO, ciudadano salvadoreño, identificado con pasaporte No. A01794575, como equivalente al título de MÉDICO, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

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

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, que debe ser presentado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el artículo 76 de la ley 1437 de enero 18 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los 27 FEB. 2013

LA DIRECTORA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR.

0

1

0

1

UNIDOS

Construyendo Desarrollo

GOBERNACIÓN DEL CHOCO



Secretaría de Salud

RESOLUCIÓN NÚMERO. 27

01-02-76

DE 2014

(01 SEP 2014)

Por la cual se concede autorización para el ejercicio Profesional.

LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCO

En uso de sus facultades legales, en especial la conferida en el decreto 0002 de Enero de 2014 y

CONSIDERANDO:

Que, en cumplimiento de lo normado en la ley 1164 de 2007 y resolución 1058 del 23 de marzo de 2010 emanado respectivamente del congreso de la república y ministerio de la protección social, se establece la creación del servicio social obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, el cual deben ser prestados en poblaciones deprimidas, urbanas o rurales de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud. Que, en conformidad al artículo 10 de la resolución 1058 del 23 de Marzo de 2010 el servicio social deberá prestarse por un término no inferior a un año conforme al Artículo 16 de la referida resolución.

Que, **NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO**, identificado con cédula de Extranjería número 433.139 expedida de Bogotá, ha solicitado a esta Secretaría de Salud autorización para el ejercicio profesional, allegando para ello, certificación del Título como **MEDICO**, otorgado por la **ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA - CUBA**, de fecha 17/10/2012 y convalidado por el Ministerio de educación Nacional, mediante Resolución N° 1916 del 27 de Febrero de 2013.

Que, **NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO**, cumplió con el Servicio Social Obligatorio en la IPS **INDIGENA CAPERA S.A.S** en el Centro de Salud de Palestina del Municipio del Litoral del San Juan, durante el tiempo comprendido entre 18-03-2013 hasta el 14-03-2014.

UNIDOS

Construyendo Desarrollo

GOBERNACIÓN DEL CHOCHO



Secretaría de Salud

RESOLUCIÓN NÚMERO. 27

Ar 02 74

DE 2014

(01 SEP 2014)

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a, **NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO**, identificado con cédula de Extranjería número 433.139 expedida de Bogotá, para ejercer la Profesión en el Territorio Nacional como **MEDICO**.

ARTÍCULO SEGUNDO: Para ejercer la Profesión en Zona Geográfica diferente a donde refrendó el título, el titular deberá inscribir su nombre en la Seccional de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer la Vigilancia y el Control que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en Quibdó a los, 01 SEP 2014

DANNY MERCEDES MORENO CORDOBA
Secretaria de Salud Departamental

3

4

5

6

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NT. 801.687.882-8



CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA
CERTIFICA QUE:

NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO,
C.E. 433139.

REALIZÓ EL CURSO TALLER
**“ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES
CON AGENTES QUÍMICOS”**

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ (CUNDINAMARCA) EL DÍA 17 DE JULIO DE
2024. DURACIÓN 08 HORAS.

PROTOCOLO PARA RESPONDER ANTE EMERGENCIAS, PRIMER RESPONDIENTE A INCIDENTES CON SUSTANCIAS Y/O AGENTES QUÍMICOS, VALORACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA PARA INCIDENTES CON ATAQUES QUÍMICOS, SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN CON SUSTANCIAS PELIGROSAS, MANEJO DE LAS 10 SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE CONSTITUYEN UNA PREOCUPACIÓN PARA LA SALUD PÚBLICA SEGUN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS, PROTOCOLO DE SEGURIDAD Y BIOSEGURIDAD EN EL MANEJO DE VICTIMA POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, ATENCIÓN VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA MÉDICA. Resolución 3100/2019.

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de
SECRETARIA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según
resolución 2220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4481 de
2012 Crue Mag.

AMAURY JULIO

COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENACE PARA LATINOAMERICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y
SIMULACIÓN CLÍNICA.

FECHA DE RENOVACIÓN: JULIO 2026.

DR. STEVENSON CARDONA

DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA - CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.



DR. RICARDO LEON SANCHEZ

COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONatóLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

@emergencias.glem @emergencias.glem emergencias.glem@gmail.com

LO BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL...



Línea nacional
310 231 0 500

1

2

3

4

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NT. 901.687.882-6

VERIFICA AUTENTICIDAD



CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA
EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA.



CERTIFICA QUE:
NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO
CE 433139.

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

“ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ (CUNDINAMARCA) EL DÍA 04 DE NOVIEMBRE DE
2025. DURACIÓN 40 HORAS.

Según Resolución 0459 del 2012.
Según Resolución 3100 del 2019.

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de SECRETARIA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2015, 12093 de 2014 y 4481 de 2012. *Cruz Mag*

Amury Julio
AMAURY JULIO
COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMERICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y
SIMULACIÓN CLÍNICA.



Dr Carlos Cardona
DR CARLOS CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
DR CARLOS CARDONA S. ENFERMERA EN JEFE
MÉDICO ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA
CRÍTICA. UNIVERSIDAD DE BAHÍA ARGENTINA
MIEMBRO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA
ENTRENADOR OFICIAL ACLS Y EMPLEADOS DE UCI

Dr Ricardo Leon Sanchez
DR-RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PÉPIN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM



FECHA DE RENOVACION - NOVIEMBRE 2027

@grupolatinoamericanodeemergencias

Grupo Latinoamericano de Emergencias

cursosglem@gmail.com



Línea nacional
310 745 1759

LO BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL...



GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT. 901.687.882-6



CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

CERTIFICA QUE:
NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO.
C.E. 433139.

REALIZÓ EL CURSO TALLER “GESTION DEL DUELO”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 17 DE JULIO DE 2024. DURACION 08 HORAS.

TEMARIO: ROL DEL PROFESIONAL EN LOS PROCESOS DE NEGACION Y ACEPTACION EN EL PACIENTE, EL DUELO EN SITUACIONES ESPECIALES, DUELO ANTICIPATORIO, DUELO POR SUICIDIO, DUELO POR MUERTE TRAUMATICA, DUELO POR DESAPARICION, DUELO POR MUERTE PERINATAL.
Resolución 3100/2019

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de SECRETARIA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2903 de 2014 y 4481 de 2017. C. de Mag.

AMAURY JULIO,
COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER EN ENTRENAMIENTO Y EDUCACIÓN PARA LATINOAMÉRICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y
SIMULACIÓN CLÍNICA.

DR. STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA - CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

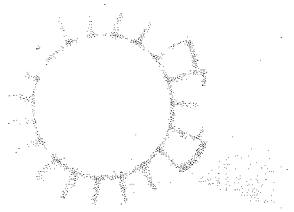
DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPY
MÉDICO PEDIATRA-MEDNATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

FECHA DE RENOVACION - JULIO 2024

@emergencias.glem @emergencias.glem emergencias.glem@gmail.com

LO BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL

Línea nacional
310 231 0 500



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA**

CERTIFICA QUE:

Nestor Manolo Zepeda

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

**ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR**

Fecha de Emisión: noviembre 26. 2024

**DR. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO**



**REGION DE SALUD
SOACHA**



GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT. 901.687.882-6



CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

CERTIFICA

NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO.

C.E. 433139.


REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

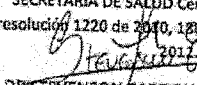
“SOPORTE VITAL AVANZADO SVA (ACLS)” “REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ (CUNDINAMARCA) EL DÍA 17 DE JULIO DE 2024.
DURACIÓN 48 HORAS.

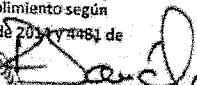
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR) PARA EL PERSONAL DE SALUD Y
EMERGENCIAS. RESOLUCIÓN 3100/2019

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de
SECRETARIA DE SALUD Certificado por cumplimiento según
resolución 1220 de 2010, 1205 de 2016, 2003 de 2014 y 4484 de
2017. C. M. Mag.



AMAURY JULIO
COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMERICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y
SIMULACIÓN CLÍNICA.


DR. STEVENSON CARDONA
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA - CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.





DR. LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATÓLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

FECHA DE RENOVACION: JULIO 2026

 @emergencias.glem

 @emergencias.glem

 emergencias.glem@gmail.com

LO BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL



 Línea nacional
310 231 0 500

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NT. 901.887.882-6



CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

CERTIFICA QUE:

NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO.

C.E. 433139.

REALIZÓ EL CURSO TALLER

“GESTIÓN OPERATIVA PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TRASPLANTES”

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ (CUNDINAMARCA) EL DÍA 17 DE JULIO DE 2024.

DURACIÓN 40 HORAS.

TEMARIO: NORMATIVIDAD DE DONACIÓN, DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN, Y SELECCIÓN DEL POTENCIAL DONANTE, MUERTE ENCEFÁLICA, MANTENIMIENTO DEL POTENCIAL DONANTE, COMUNICACIÓN EN SITUACIÓN DE DUELO, RESCATE, ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS, DONACIÓN DE TEJIDOS, PROMOCIÓN A LA DONACIÓN, MITOS.

Según Resolución 1459 del 2012, Resolución 3100 de 2019.

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de

SECRETARÍA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según Resolución 1220 de 2020, 1805 de 2016, 2683 de 2014 y 4681 de 2012. C. de Mag

AMAURY JULIO

COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMERICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y
SIMULACIÓN CLÍNICA.

DR. STEVENSON CARDONA SERRANO

DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA - CARDIOLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLÓGIA

DR. RICARDO LEON SANCHEZ

COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATÓLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

FECHA DE RENOVACIÓN: JULIO 2026

@emergencias.glem

@emergencias.glem

emergencias.glem@gmail.com

LO BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL...



Línea nacional
310 231 0 500

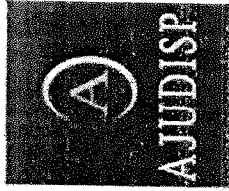
2 3 4 5

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de febrero 8 de 1994, junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 del 2005.



NIT. 901964935-1
SECRETARIA DE SALUD
numero de acta
SB06C007622

CERTIFICA:

QUE: NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTEROS

C.C. : 433139 DE BOGOTA D.C

ASISTIO Y APROBO AL CURSO AVANZADO DE

SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIATRICO

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS



RAFAEL D. ANTONIO GONZALEZ FIGUEROA
C.C. 602302780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios
Sociales y Políticos
Nit: 901.964.935-1
AJUDISP

Asociación AJUDISP
NIT. 901964935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.010.302.780
AJUDISP Asociación AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA, CUNDINAMARCA A LOS 28 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2022

①

②

③

④

CV-6698-2024

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO
C.C. 433.139

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller POINT OF CARE TESTING (POCT) una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C. 10 DE DICIEMBRE DE 2024

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
Ministerio de Educación Nacional

LINA M. MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCIÓN

3505618740 - 3222354745

atencioncliente@angeldesalud.com
www.angeldesalud.com

VIGENCIA DICIEMBRE 2026

0

2

3

4

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT. 901.687.882-6

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA



EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente

CONSTANCIA A:

NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO.

C.E. 433139.

su participación como asistente de los
cursos de:

**"SOPORTE VITAL AVANZADO "ACLS" ABORDAJE AL
PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA
AVANZADA "48 HORAS"**

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ (CUNDINAMARCA) EL DÍA 17 DE JULIO DE
2024. DURACIÓN 48 HORAS.

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas,
integrales y automatizadas).

Temario: Patologías, situaciones y ritmos que advierten un paro cardio-respiratorio,
Código azul en salas de urgencias y reanimación, Manejo avanzado de la vía aérea,
Técnicas de intubación, Farmacología y utilización de medicamentos en la reanimación
avanzada, Manejo del Desfibrilador Externo Automático (DEA), Manejo del Cardio
Desfibrilador, Síndromes coronarios agudos, Abordaje al paciente con Evento cerebro
vascular, Cuatro ritmos de paro y abordaje con software interactivo, Manejo del
diagnóstico diferencial (5T y 5H), Código azul y Mega códigos talleres prácticos y
Software.

Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités
internacionales de reanimación cardiopulmonar guías 2020, de acuerdo lo que exige la
resolución 3100/2019 para el personal del equipo de salud. RESOLUCIÓN 3100/2019.

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023. De
SECRETARIA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según
resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4481 de
2015. *Cruce Mag.*

DR STEVENSON CARDONA S

DIRECTOR CIENTIFICO

MÉDICO INTERNISTA - CARDIÓLOGO

FELLOW ELECTROFISIOLOGIA.



GRUPO LATINOAMERICANO
DE EMERGENCIAS

@emergencias.glem @emergencias.glem M emergencias.glem@gmail.com



Línea Nacional





IPS INDIGENA CAPERA S.A.S

LITORAL DEL SAN JUAN

Nit: 900538139-1

Primero su Salud!



LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA:

Que, el Doctor **NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO** Identificado con cedula de extranjería No. 433.139 de Bogotá D.C., prestó sus servicios en esta entidad mediante orden de prestación de servicios como Médico Rural en SSO, desde el 18 de marzo de 2013 hasta el 18 de marzo 2014 y como Medico general desde 01 de abril de 2014 hasta 31 de diciembre de 2014.

Para mayor constancia se firma en Docordó a los 11 días del mes de mayo de 2015.

YURANNY ABUHATAB RAMIREZ

CC. 44'007.146 de Medellín

*Dirección: Resguardo Papayo - Litoral del San Juan
Teléfono: 5116463802 - Correo: ipsindigenacapera@gmail.com*



Cruz Roja Colombiana

NIL 860.070.301-1

GH.0467.16

CERTIFICACIÓN

CERTIFICACION

NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO, identificado con cédula de extranjería número 433.139 expedida en Bogotá, tiene establecido con nuestra Institución un Contrato de Prestación de Servicios Médico Asistenciales como Médico General, en el Servicio de Atención Médica de Urgencias "S.A.M.U." de Bogotá, desde el 25 de abril de 2015.

Percibió por concepto de honorarios durante los meses de diciembre de 2015, enero y febrero de 2016 un promedio mensual de tres millones setecientos treinta y dos mil pesos (\$3.732.000.00) moneda corriente.

Esta certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado, a los siete (07) días del mes de abril del año dos mil dieciséis (2016).

FANNY ESTHER GARZON CASTILLO
Coordinadora de Atención al Usuario y Nomina

Witmar M.

Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.

PBX: 746 0909 E-mail: info@cruzrojabogota.org.co - S.A.M.U.* Principal Avenida Carrera 68 N° 68 B 31
S.A.M.U.* Calle 145, Avenida Carrera 45 N° 145-24/74 S.A.M.U.* Alquería, Carrera 68 N° 31-41 Sur Bogotá, D.C. - Colombia



EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S.
Nít. 900.171.211- 5

CERTIFICA QUE

El Señor(a) NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO, Identificada(o) con la CE No. 433.139, prestó sus Servicios Profesionales como MEDICO en GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S con NIT 900.171.211-5, y tuvo los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. Contrato de prestación de servicios No 433139-1, con fecha de inicio del 23/06/2016 por el término de TRES meses.
2. Contrato de prestación de servicios No 433139-2, con fecha de inicio del 20/10/2016 por el término de SEIS meses.

De igual forma Certifico que la Terminación del último Contrato es a partir del 28 de febrero de 2017.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado (a), a los 05 días del mes de marzo de 2018.

Cordialmente,


Claudia Cristina Ballo G
JEFE DE RECURSOS HUMANOS

Calle 163 No. 16 A - 71
PBX: (1) 526 48 29
Bogotá D.C. - Colombia
www.glambulancias.com
talentohumano@glambulancias.com

1

2

3


4

CERTIFICACION

ASISTIR SALUD SAS, certifica que el (la) señora **NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO** identificado(a) con cédula de extrangeria número 433139 expedida en el salvador, laboro en nuestra organización a través de un contrato por prestación de servicios, desde el día 4 de mayo de 2017 hasta el 1 de diciembre de 2017 desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL**.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los tres (3) días del mes de marzo de 2018.

Cordialmente,


Asistir Salud
Atención con Sentido Humano
Nit. 800.216.955-0
XIOMARA PINA HERNANDEZ
Directora de Talento Humano
Asistir Salud S.A.S

1

2

3

4



Av. Cl. 68 N° 90-88
Sede Administrativa La Floresta
PBX (57)1 446 8000
Fax (57)1 271 6916
www.cafam.com
Bogotá - Colombia

LA SUSCRITA JEFE DE RELACIONES LABORALES

DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM

Nit. 860.013.570-3

HACE CONSTAR:

Que el(a) señor(a) **NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO**, identificado(a) con Cédula de Extranjería N° 433.139 de **BOGOTÁ D.C.**, estuvo vinculado(a) a la Caja mediante Contrato **TERMINO FIJO** desde el **08 de marzo de 2018** hasta el **05 de marzo de 2020**, con un horario de **180 horas mensuales**. Siendo la última asignación mensual **\$2.924.300**.

A la fecha de terminación del contrato de trabajo ocupaba el cargo de **MEDICO GENERAL**, en **MEDICINA GENERAL SOACHA**.

Se expide la presente constancia en la ciudad de Bogotá, el viernes, **06 de marzo de 2020**.

Cordialmente,

DIANA PATRICIA FRANCO CAICEDO
Jefe Relaciones Laborales

1

2

3

4

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 FONTIBÓN 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) NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO; con documento de identidad No, 433139 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2018	5944	MEDICO GENERAL	23/10/2018	31/01/2019	\$5482908	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
2	2019	2390-2019	MEDICO GENERAL	01/02/2019	31/10/2019	\$5811942	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

MEDICO GENERAL

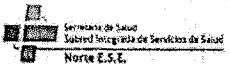
1 - Contrato: 5944

Obligaciones:

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia c

2 - Contrato: 2390-2019



	CERTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN CON ACTIVIDADES	CÓDIGO: AP-CT-F-66-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 14/06/2022

EL (A) SUSCRITO (A) DIRECTOR (A) DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

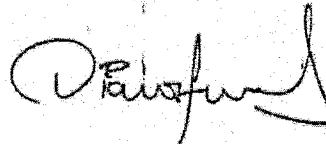
Mediante Acuerdo N° 641 del 06 de abril de 2016 se reorganizó el Sector Salud en el Distrito Capital; el Artículo 5 del Acuerdo en mención, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas.

Revisados los archivos que reposan en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., se evidenció que, el (a) señor (a) ZEPEDA ARTERO NESTOR MANOLO identificado (a) con C.C. Núm. 433139 está vinculado (a) a través de la modalidad de Prestación de Servicios bajo el objeto contractual MEDICO GENERAL, desde el 29 de 04 de 2020 teniendo vigente el contrato No.3795 contrato en ejecución; con unos honorarios mensuales de SEIS MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL NOVENTA Y SEIS PESOS M/C. \$6,312,096.00.

A continuación, se describe las actividades contratadas bajo el objeto:

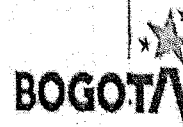
La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. a los 14 de 06 de 2022.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)



**DIANA FARLEY VILLANI LADINO
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

Sede Administrativa: Calle 66 # 15-41
certificacionesops@subrednorte.gov.co
Tel: (571) 4431790
Nit: 900971006-4





Mano Galga Yanguas

CERT- 437-2024

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA

Que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA, cambio de razón social a partir del primero (01) de julio de 2022 a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución, manteniendo la misma persona jurídica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado. Que una vez revisada la base de datos que se encuentra en la oficina de Contratación, archivos de Gestión y archivo central de la Institución, se constata que el señor (a), NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 433.139, suscribió los siguientes contratos de prestación de servicios con La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA:

N° CONTRATO	OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
775-2023	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL EN EL ÁREA ASISTENCIAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.	\$ 36.492.456,00	14/07/2023 HASTA 31/12/2023
040-2024	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL EN EL ÁREA ASISTENCIAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.	\$ 70.287.444,00	01/01/2024 HASTA 15/11/2024
1137-2024	PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO EN EL PROCESO DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL EN DESARROLLO DE LA RESOLUCION 1052 DE 2024 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL POR LA CUAL SE EFECTUA UNA ASIGNACION DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DE GASTO DE FUNCIONAMIENTO, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD A TRAVES DE LA CONFORMACION Y OPERACION DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD.	\$44.250.000,00	29/08/2024 HASTA 31/12/2024

Se expide a solicitud del interesado, a los Dieciocho (18) días del mes de octubre de 2024.

Jorge Enrique Pedraza
Dr. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
Subgerente Administrativo y financiero

Proyecto: María Leticia Vanegas García – Auxiliar Administrativo.
Revisó: Dr. Yaasmin Rafael Deluque Toro - Referente de Contratación y Apoyo Especializado a la Oficina de Asesoría Jurídica.

YASMIN

MARÍA



LA SUSCRITA JEFE DE TALENTO HUMANO DE

DIACOR SOACHA ZONA FRANCA

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 433139 expedida en BOGOTA D.C., labora en nuestra empresa desde el 17 de abril de 2023 desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL**.

El(la) Señor(a) NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO posee un contrato Fijo y devenga un salario mensual de Cinco millones doscientos cuarenta y cinco mil pesos mcte (COP 5.245.000).

La presente se expide en la ciudad de Soacha, a los 14 días del mes de octubre de 2024.

Atentamente,

LUISA STEFANNIA CALDERON
Jefe de Talento Humano
c.c.Hoja de Vida



12. Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infección con virus udo vih (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.
13. Sanciones punitivas o exemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, sanciones de carácter administrativo o daños punitivos.
14. Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o científicas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiación ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la póliza y a riesgos de infección o contagio de enfermedades o agentes patógenos.
En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta póliza.
Esta exclusión no aplica cuando el profesional o talento humano de la salud afectado, estuviere en condición de paciente.
15. Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta póliza.
16. Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando ésta no fuere aplicada por un especialista y en una institución de la salud acreditadas para este fin.
17. Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tubos y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado esivamente responsable.
18. Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al paciente no justificada de acuerdo con la ley.
En caso de abandono y/o negativa de atención justificada conforme a la ley, SEGURESTADO respaldará al asegurado únicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el límite pactado en la carátula de la póliza y por sujeción a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clínica y corresponda a negligencias o actuaciones derivadas de su actividad.
19. Responsabilidad civil por productos farmacéuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmacéuticos o perjuicios por el suministro de drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.
20. Violación del secreto profesional.
21. Pérdidas ocasionadas por una falla en el reconocimiento electrónico de fechas y horas, ya sea por parte de un equipo o de un software.
22. Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algún convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico, quirúrgico o terapéutico. Así, como del incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.
23. Actos médicos o hechos connotados por el asegurado antes del inicio de la presente póliza que lleven a una reclamación que pretenda afectar la cobertura de la misma.
24. Procesamiento de hemoderivados, plasma fetal o factores sanguíneos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clínica del asegurado.
25. La transmisión de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestación de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad.
26. Actos médicos indirectos, y los denominados extracorpóreos, tales como investigación, experimentación, autopsia.
27. Actos médicos que se efectúan con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o características distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.
28. Filtraciones contaminantes o residuos patológicos, incluyendo los gastos y costos de leyes específicas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patológicos.
29. Daños originados o relacionados con organismos patógenos, conforme su definición médica - científica.
30. Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves, la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehículos motorizados de cualquier naturaleza ya sean aéreos, terrestres o acuáticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, así como los daños causados a los vehículos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. En todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.
31. Atención o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalización en casa (SHEC) y programa de hospitalización domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestación de servicios con una institución prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC, que tenga habilitados dichos servicios por la autoridad competente en Colombia.
32. Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones marítimas o fluviales.
33. Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.
34. Responsabilidad civil patronal, prácticas laborales incorrectas o de cuantitativa obligación no la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las obligaciones vigentes de salud ocupacional o normativas de tipo laboral sobre prevención de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad social semejante, sea pública o privada.
35. Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o año ejecutivo de cualquier entidad, cuando los perjuicios que se le reclaman provengan de dicha actividad como miembro de junta directiva.

0

1

2

3



36. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:

I- Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelión, revolución, insurrección, o conmoción civil alcanzando la proporción de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar 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 causan daño, lesión, estrago o interrupción o comisión de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

37. Cualquier acto, error, omisión u obligación que involucre asbestos, su uso, exposición, presencia, existencia, detección, remoción, eliminación en cualquier ambiente, construcción o estructura.

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

39. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su carácter de funcionario o servidor público según lo defina la ley. En todo caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.

40. Responsabilidad civil profesional o por actividades netamente administrativas.

41. La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas, teléfono.

42. El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza, así como también los daños causados por la acción paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moño hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, cerramientos, 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 contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito e imprevisto.

45. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, así como el uso de armas de fuego.

46. Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la póliza.

47. El incumplimiento de obligaciones contractuales, así como la inobservancia o violación de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales. Sin perjuicio de ello, se aclara que la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud se encuentra amparada.

48. Hurto, falsificación, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiación 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 médico quirúrgico o realización del procedimiento sin las autorizaciones exigidas en la normalidad aplicable.

50. Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el consentimiento informado.

51. Reclamación por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos y/o materiales cuando no se hayan realizado los mantenimientos, control sobre el uso y medidas de seguridad a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o proveedor del equipo.

52. Cuando el asegurado no mantenga la historia clínica del paciente al día 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 prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a través de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.

55. Perjuicios derivados de actos médicos cometidos fuera de la república de Colombia.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no será 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 autorización para realización de la cirugía e intervención, diligenciada y firmada por:

a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad deberá estar firmada por los padres o acudientes.

b) El (os) Médico(s) tratante(s) y

c) La Enfermera asistente o un testigo

58. El Asegurado no mantenga la historia clínica del paciente al día 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 Resolución No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 535 de 2020 y los demás que lo reglamenten y/o lo modifiquen.

60. Se excluye la prestación de servicios de salud en la modalidad de teleorientación y de teleapoyo.

1

2

3

4



61. Se excluye la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la titulación profesional en el momento de la atención en salud.

62. La prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a través de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.

63. No tienen cobertura bajo esta póliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional médica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.

64. Se excluye el Cyber Edge o Riesgo Cibernetico: exclusión de pérdida de datos y cyber liability. Esta póliza excluye cualquier responsabilidad, reclamación, pérdida, daño o gasto derivado directa o indirectamente de acceso no autorizado, uso, impedimento de uso, error o fallo de programación, uso malicioso, infección por programas maliciosos o virus, extorsión, destrucción, interferencia o impedimento de acceso a datos o sistemas informáticos de propiedad o no del asegurado. Se excluyen también pérdidas, daños, responsabilidades o reclamaciones derivadas directa o indirectamente de modificación, corrupción, pérdida, destrucción, robo, uso indebido, acceso no autorizado, procesamiento legal o no autorizado o revelación de datos, destrucción o robo de cualquier computadora o aparato electrónico o acceso que contenga datos. Datos significa cualquier tipo de información textual o corporativa en cualquier formato o soporte.

65. Exclusión de Incumplimiento en cumplimiento de Protocolos: El asegurador no será responsable de realizar ningún pago por Pérdida bajo este contrato causada de forma directa e indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:

1. El hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:
a) un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
o la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o

3. El Asegurado real o presunto:

a) Falla para evaluar o revelar adecuadamente y de manera confuesa, falsificaciones falsas y engañosas en relación con; o

b) 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 propósitos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:

- 1) Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
- 2) Neumonía atípica o cualquier cepa de esta;

AMBITO TERRITORIAL : COLOMBIA

LEGISLACION APLICABLE : COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES

FECHA MÁXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 días calendario contados desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza

CLÁUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A.:

Cuando el tomador y/o asegurado contrata pólizas con el propósito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras pólizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, quedan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.

• **Renovación tácita o automática:** la póliza no será renovada automáticamente, sino que, para efectos de su renovación, el asegurado deberá solicitar la renovación con 30 días calendario de anticipación al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos. SEGURESTADO presentará los términos y condiciones de acuerdo con la evaluación de riesgo que se efectúe.

• **NO se otorga restablecimiento del valor asegurado**

REQUISITOS DE EXPEDICION SUBJETIVIDADES

Los términos aquí incluidos están sujetos a recibir la siguiente información y ser confirmada su exactitud por parte de Seguros del Estado S.A antes del inicio de vigencia:

- Solicitud de Seguro - Habilitación Rethus - Copia Cedula - RUT - Relación de Sinistros Pagados y Reservada de los últimos 5 años
- * Comunicación del tomador/asegurado aceptando términos y condiciones -

INTERMEDIARIO SEGUROS

DIRECTA

VIGENCIA COTIZACION

Términos de cotización válidos hasta el:

7 de diciembre de 2024

GERENCIA DE SEGUROS GENERALES

SEGUROS DEL ESTADO S.A



Toda suma que **SEGURESTADO** deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la póliza, reducirá en igual proporción el límite del valor asegurado para la cobertura afectada.

PARÁGRAFO: SEGURESTADO indemnizará los perjuicios extrapatrimoniales derivados de actos erróneos (ver definición sección III), cuando se haya generado pérdida económica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnización por un evento amparado por la póliza.

1.2 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO indemnizará 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 póliza, siempre y cuando sean justificadas 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 reclamación que pueda constituirse en una pérdida demostrada bajo los términos de este seguro.

En adición a lo anterior, los gastos de defensa serán reconocidos siempre y cuando:

1.2.1 los hechos por los que se demanda o se reclama ocurran durante la vigencia de la póliza 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** reconocerá como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la póliza, previa aplicación del deducible indicado en la póliza de la misma. Tales honorarios deberán ser consultados por escrito previamente a **SEGURESTADO**, de manera que los mismos se ajusten a las condiciones del mercado y las tarifas que rigen en general los colegios de abogados existentes en Colombia.

1.2.3 en los procesos penales y del tribunal de ética médica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagarán 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 a, el asegurado es condenado por razón de una conducta dolosa, deberá restituir a **SEGURESTADO** los costos y gastos de defensa que se hubieren reconocido.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA

Con sujeción a los términos y condiciones de este seguro, la cobertura básica 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 MÉDICOS

Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulación o administración de alimentos y bebidas, materiales médicos, prótesis, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervisión directa de este.

No obstante, lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demás exclusiones señaladas en el capítulo 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 posesión y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnóstico o terapéutico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil extracontractual del asegurado a consecuencia del uso de bienes, labores y operaciones (P.L.O.), por:

- 1. La propiedad, uso o posesión 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 desempeño de las actividades para las cuales fueron contratados.

Para tal fin la cobertura descrita en este numeral, operará en exceso de las pólizas que cada contratista y/o subcontratista debe tener contratadas, con un límite no inferior a:

OPCION No. 1	
\$	10.000.000

PARÁGRAFO: Esta extensión al amparo básico, tendrá 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 sublímites indicados hacen parte del límite asegurado y no en adición al mismo.





	OPCION No 1		
AMPARO BÁSICO	\$ 100.000.000		
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MÉDICOS			
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD			

	Límite por :	OPCION No 1	
GASTOS DE DEFENSA	Evento	10.000.000	
	Vigencia	20.000.000	

DEDUCIBLES

	AMPARO	OPCION No 1	
DEDUCIBLES	GASTOS DE DEFENSA	10%	
	DEMÁS AMPAROS	10% - Min 1 SMMLV	

EXCLUSIONES

Bajo este contrato, SEGURESTADO no será responsable del pago por costos, daños y/o perjuicios consistentes en, originados por, consecuencia de, o generados de manera directa o indirecta por:

- Reclamaciones por daños genéticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto médico no deseado, organismos patógenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento del nacimiento o hasta dos (2) años después del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepción hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
- Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesión de la salud con fines diferentes al diagnóstico o terapia, de actos médicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorización de la autoridad competente.
- Responsabilidad de otros profesionales de la salud o talento humano en salud, por la prestación de sus servicios en el consultorio o en los predios del asegurado.
- Perjuicios causados por la prestación de servicios de salud por personas que no están legalmente habilitadas para ejercer la profesión o actividad de la salud o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.
- 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 alcohólicas, intoxicantes, alucinógenas o narcóticas.
- Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos médicos que no cuentan con aprobación y registro de la entidad de vigilancia y control –Invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia médica (sociedades científicas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención en tales casos.
- Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos médicos no reconocidos por las diferentes sociedades científicas y que no estén incluidos en forma expresa en la clasificación única de procedimientos en salud vigente –cups- (resolución 5171 de 2017 del ministerio de salud y protección social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención en tales casos.
- Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos de tipo estético y/o cosmético, salvo que se trate de intervenciones o cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas, siempre que sea realizada por un especialista.
- Responsabilidad civil profesional por tratamientos médicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproducción (facilitan el embarazo) por cualquiera de las técnicas de reproducción asistida, ya sea por inseminación artificial o fecundación in vitro.
- Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupción del embarazo.

Para el caso específico del aborto (interrupción voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal y/o constitucional, como:

I- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.

II- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.

III- Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

IV- Cuando la voluntad de la mujer sea la interrupción del embarazo (IVE) hasta las 24 semanas de gestación, sin aducir causal específica.

11. Responsabilidad civil profesional por emisión de dictámenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesión o daño causado por el tratamiento de un paciente.





**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

Bogotá D.C.

22 de noviembre de 2024

Cotización RC_MIND V11 -2- NESTOR MANOLO ZEPEDA

Doctor (a):

NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO

Ciudad:

REF: Cotización Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Individual para Actividades de la Salud.

Apreciado Doctor (a):

Atendiendo la solicitud que nos ha presentado para cotizar la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Individual para Actividades de la Salud, de manera atenta ponemos a su consideración los términos y condiciones bajo los cuales Seguros del Estado S.A. asumirá los riesgos derivados de la actividad profesional de la Salud desarrollada y los cuales consideramos se ajustan a sus necesidades de protección.

La presente información es una cotización y no constituye contrato alguno. Seguros del Estado S.A. no se considera en riesgo y esta no implica autorización o compromiso para la expedición de la póliza, hasta tanto se reciba la confirmación escrita, que previa a la aceptación del negocio o la elaboración de cualquier documento, debe dar el Asegurado/Tenedor por escrito para su aprobación final, junto con los documentos indicados en el anexo denominado "REQUISITOS PARA LA EXPEDICIÓN - SUBJETIVIDADES" de esta comunicación.

De igual forma los términos indicados carecen de validez si la información suministrada que sirvió de análisis para la misma es modificada.

Agradecemos la confianza depositada en Seguros del Estado S.A. y quedamos atentos a su confirmación.

Cordialmente:

Departamento Técnico Seguros Generales
Subsede 2 - OFC. NEGOCIOS ESPECIALES
Cra 13 # 96-74
Bogotá D.C.

La información de nuestro defensor del consumidor es Dr. Manuel Guillermo Rueda Serrano, Dirección CH 28 No. 33A-24 Ofc 517-Bogotá D. C., teléfono de la oficina 7518874 o el fax 4777972, e-mail: defensor@estadoseguros.com

2

3

4

5



**COTIZACIÓN PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD**

Bogotá D.C.

22 de noviembre de 2024

ASEGURADO : NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO

No. DE IDENTIFICACIÓN : 433.139

BENEFICIARIO : TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA : Desde 22/11/2024 Hasta 22/11/2025

UBICACIÓN CONSULTORIO : NO TIENE CONSULTORIO DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD : No Posee siniestros según a información suministrada

BASE DE COBERTURA : OCURRENCIA – Siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza y reclamados dentro del período de prescripción de la Ley Colombiana (Código Comercio en concordancia con el Código Civil).

CONDICIONADO GENERAL : FORMA 29/07/2022 – 1329 – P-06 – 0000000E-RC-001A- D001
En adición a lo indicado en las condiciones generales de la póliza, la cobertura otorgada se rige por lo contenido en estas condiciones particulares.

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

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA : MEDICINA GENERAL

OBJETO DE LA POLIZA : LA COBERTURA OTORGADA BAJO LA PRESENTE PÓLIZA AMPARA ÚNICAMENTE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL IMPUTABLE A : NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO, CON OCASIÓN A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO : 22, CELEBRADO ENTRE NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO Y HOSPITAL MARIÓ GAITAN YANGUAS E.S.E, CUYO OBJETO ES, PRESTACION DE SERVICIOS, CON SUJECCION A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA

LIMITE ASEGURADO : OPCION No. 1 ... \$ 100.000.000

La suma asegurada es un límite único y combinado de responsabilidad para la vigencia de la póliza, e incluirá los gastos de defensa (incluyendo las cuotas para expertos y demás gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia, y se disminuye en igual proporción al pago de indemnización.

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA : OPCION No. 1 ... \$ 124.025

En caso de requerir financiación inmediata, solicite a su asesor las mejores alternativas que le ofrece Crediestado - www.crediestado.com.co (Aplicar términos y condiciones)

COBERTURAS:

I. AMPARO BÁSICO

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 póliza de acuerdo con lo informado en la declaración de asegurabilidad, e indemnizará hasta el límite o sublímites 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 póliza y se encuentren debidamente probados.

Se precisa que se cubre la responsabilidad civil profesional individual que surge a consecuencia de actos erróneos (ver sección 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 póliza.

Cuando se trate de acuerdos de conciliación (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorización expresa previa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta póliza.

3

0

3

0

CERTIFICADO

**SOACHA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese.**

24/11/2024

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **NESTOR MANOLO ZEPEDA ARTERO** con **Cédula de Extranjería** número **433139**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número **473870220448**
Fecha de apertura **07/03/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

0

1

2

3