

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5

ANGELA MARIA ANDR...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Escritorio](#) → Configuración Entidad Estatal/Proveedor[Editar datos resumen](#)[Editar datos completos](#)

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Información general

Logo de la entidad



Nombre de la entidad ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO

Nombre abreviado ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO

Fecha de creación 2/11/2021 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1004487068

Tipo Entidad Estatal /
Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

País COLOMBIA

Ciudad Magdalena

Municipio Aracataca

Información de contacto

Dirección Carrera 5 E # 7 - 53

Código postal

Teléfono de oficina 3116977126

Fax de oficina

Correo electrónico de la
oficina angelamandrewsc@gmail.comCorreo electrónico para
notificaciones SECOP II angelamandrewsc@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**Nombre** ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO**Cargo****Teléfono****Móvil** 3116977126**Fax****Correo electrónico** angelamandrewsc@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

[Editar datos resumen](#)[Editar datos completos](#)

Ciénaga, Magdalena 11 de febrero de 2026

Señores

ESE HOSPITAL SAN CRISTÓBAL DE CIÉNAGA

Gerencia / Talento Humano

Ciudad

ASUNTO: PROPUESTA DE VINCULACIÓN – EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD

Por medio del presente escrito manifiesto mi interés en aportar al fortalecimiento de las acciones que adelanta la ESE HOSPITAL SAN CRISTÓBAL DE CIÉNAGA, desde una visión integral de la atención primaria en salud y el trabajo territorial. Mi perfil como odontóloga, especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, junto con mi experiencia en el sector público y en coordinación de procesos sociales, me permite presentar esta propuesta enfocada en los siguientes campos de acción:

1. Atención primaria en territorio

Aportar desde la experiencia clínica y comunitaria al desarrollo de acciones extramurales y de atención cercana a la población, contribuyendo a la identificación temprana de riesgos en salud oral, educación en autocuidado y acompañamiento continuo a familias, especialmente en contextos donde el acceso a los servicios es limitado.

2. Promoción y prevención en salud, con énfasis en salud oral

Fortalecer estrategias de promoción de hábitos saludables, prevención de enfermedad oral y educación comunitaria, integrando la salud oral como parte esencial del bienestar general y como puerta de entrada para el seguimiento integral de la salud de las personas.

3. Trabajo comunitario en la pluralidad

Contribuir al trabajo territorial mediante presencia activa en comunidades rurales y dispersas, promoviendo la construcción de confianza, la continuidad en las intervenciones y el relacionamiento respetuoso con líderes y familias, entendiendo que la cercanía institucional es clave para generar impacto sostenible.

4. Apoyo a la calidad y organización del equipo

Brindar soporte en procesos relacionados con organización, seguimiento y calidad de las acciones desarrolladas en territorio, apoyando la elaboración de informes, el cumplimiento de lineamientos institucionales y la mejora continua de los procesos.

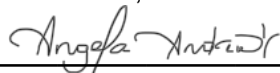
5. Disposición institucional y trabajo articulado

Integrarme al equipo con actitud colaborativa, respeto por los procesos existentes y compromiso con los objetivos institucionales, trabajando de manera interdisciplinaria y articulada para fortalecer la atención primaria en salud en el municipio.

Mi interés es aportar de forma responsable, humana y comprometida al trabajo que la ESE HOSPITAL SAN CRISTÓBAL DE CIÉNAGA viene desarrollando, sumándome a los procesos institucionales con disposición al aprendizaje, al servicio y al fortalecimiento del vínculo entre el sistema de salud y la comunidad.

Quedo atenta a la posibilidad de ampliar esta propuesta y dialogar sobre cómo mi perfil puede ajustarse a las necesidades actuales y futuras de la institución.

Atentamente,



Ángela Andrews

Odontóloga

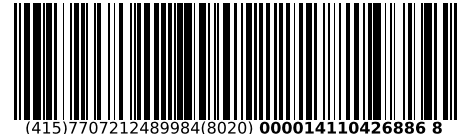
Tel: 3116977126

Correo: angelamandrewsc@gmail.com

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

141104268868



(415)7707212489984(8020) 000014110426886 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 4 4 8 7 0 6 8

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 0 4 4 8 7 0 6 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Aracataca

0 5 3

31. Primer apellido

ANDREWS

32. Segundo apellido

CAMARGO

33. Primer nombre

ANGELA

34. Otros nombres

MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Aracataca

0 5 3

41. Dirección principal

CR 5 E 7 53 BRR EL PRADITO

42. Correo electrónico

angelamandrewsc@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 6 9 7 7 1 2 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 0 3 2 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

3 4 1 4

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código
 55. Forma 56. Tipo Servicio
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:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.004.487.068**

ANDREWS CAMARGO

APELLIDOS

ANGELA MARIA

NOMBRES

Angela Andrews C

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAR-1995**
ARACATACA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.79 **B+**

ESTATURA G.S. RH SEXO

26-MAR-2013 ARACATACA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2101000-00458337-F-1004487068-20130820

0034464888A 2

39716481

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty box for receiving entity

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ANDREW		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CAMARG		NOMBRES ANGELA MARIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No 1004487068		GÉNERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 20 MES 03 AÑO 1995		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 5 11 70			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO MAGDALENA	
DEPTO MAGDALENA		MUNICIPIO CIÉNAGA			
MUNICIPIO ARACATACA		TELÉFONO 3116977126		EMAIL angelamandrewsc@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2011
										<input checked="" type="checkbox"/>				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL	
		SI	NO		MES	AÑO		
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD		03	2020	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA		12	2017	si

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO 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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3307000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	29	Mes	03	Año	2023	Día	28	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA			DEPENDENCIA ASECRETARIA DE SALUD DEPARTAME					DIRECCIÓN CALLE 40 45 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3307103			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	12	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA			DEPENDENCIA ASECRETARIA DE SALUD DEPARTAME					DIRECCIÓN CALLE 40A A NORTE 45 null						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACIÓN DEL ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3307103			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	08	Mes	11	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SECRETARIA DE SALUD					DIRECCIÓN CALLE 40C 45Y 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CALLE 6 CARRERA 4				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO EL RETÉN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3013797056			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	27	Mes	09	Año	2018	Día	27	Mes	09	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Avenida Libertador No. 14-123 Apartamento 401B						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	1
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

Ciénaga 11 de febrero de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio La Sagrada Familia

(Hermanas Terciarias Capuchinas)
Fundación - Magdalena

Emanada oficialmente por la Secretaría de Educación del Departamento del
Magdalena según Resolución No. 150 del 24 de febrero de 2011,

Confiere a

Angela María Andrews Camargo

Identificado(a) con C.I. No. 1.004.487.068... Expedida en Aracataca.....

El Título de

Bachiller Académico

Con Especialidad en Ciencias Naturales

Por haber alcanzada y aprobada los logros de formación integral
correspondientes al nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al
Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

Rectora

Secretaria

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

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 4... Folio No. 34... Diploma No. 4.....

Dado en Fundación, a 25 de NOVIEMBRE del año 2011

República de Colombia



LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional
Teniendo en cuenta que

Angela María Andrews Camargo

C.C. 1.004.487.068 de Aracataca

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias
legales y reglamentarias, le confiere el Título de

Odontóloga

En constancia se firma y sella en Bucaramanga
a los 23 días del mes de **Marzo** de 2018

El Rector General

El Rector Seccional

El Decano de Facultad

El Secretario General

Registro interno No. 672.144.2018

Folio 6 Libro II



Universidad Santo Tomás

PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

ACTA DE GRADO No. 672.144.2018
(Libro 11, Folio 6)

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia, el día 23 de Marzo de 2018, la Universidad Santo Tomás, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, según Decreto Ejecutivo No. 1772 del 11 de Julio de 1966, bajo la Presidencia del Señor Rector Fr. ERICO JUAN MACCHI CÉSPEDES, O.P. y actuando como Secretaria General la Doctora GLADYS ROJAS VILLAMIZAR, celebró sesión solemne y pública con objeto de otorgar el título a los estudiantes aspirantes al Grado.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General de la Universidad, confirió el Título de

ODONTÓLOGA

a : ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO

C.C. No. 1004487068 de ARACATACA

El graduando emitió el juramento de rigor por el que se comprometió a ejercer la profesión con responsabilidad y honradez, de conformidad con la Constitución y las Leyes de la República de Colombia, poner todo el empeño en el desarrollo del país y de sus instituciones, brindar generoso apoyo a los programas de justicia social y dignificación de la persona humana y llevar siempre en alto el nombre y los principios de la Universidad Santo Tomás. Acto seguido el señor Presidente de la ceremonia procedió a la entrega del Diploma que le acredita para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la legislación vigente.

Intervinieron en la ceremonia como autoridades de la Universidad :

El Rector Seccional,	P. ERICO JUAN MACCHI CÉSPEDES, O.P.
La Secretaria Seccional,	DRA. GLADYS ROJAS VILLAMIZAR
El Decano (a),	DRA. MARTHA JULIANA RODRIGUEZ GOMEZ

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos legales correspondientes.

Fdo. GLADYS ROJAS VILLAMIZAR, (hay un sello)

Es fiel copia tomada del original, que se lleva en los archivos de la Secretaría General de la Universidad Santo Tomás Seccional Bucaramanga.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga, el día 23 de Marzo de 2018

La Secretaria General,


GLADYS ROJAS VILLAMIZAR

Vigilada Mineducación

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973, representada por el Consejo Directivo y el Rector,

teniendo en cuenta que

ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO

CC No. 1.004.487.068 de Aracataca

**Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad,
le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:**

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

Dado en Barranquilla, a los 28 días del mes de agosto de 2020


Directora de Especializaciones


Rector


Secretario Académico

Personería Jurídica
Resolución No. 000396 del
7 de Junio de 1993

Acta No. 2020-18-C-380



UNIVERSIDAD EL BOSQUE

La División de Educación Continuada y
La Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Certifican a:

ÁNGELA MARÍA ANDREWS CAMARGO

C.C. 1004487068

Quien asistió y cumplió los requisitos académicos establecidos para el

DIPLOMADO

**VERIFICADORES DE HABILITACIÓN EN SALUD -
RESOLUCIÓN 3100 DE 2019**

Bogotá, abril 06 de 2021 – junio 29 de 2021

Intensidad 144 Horas.

Antonio Alonso González, Ph.D.
Decano Facultad de Ciencias Económicas
y Administrativas
Universidad El Bosque

Marcela Góngora Botero, MBA.
Directora Diplomado
Universidad El Bosque

Dra. María del Rosario Bozón González
Directora División Educación Continuada
Universidad El Bosque





Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO

Con Cédula de Ciudadanía No. 1004487068

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACREDITACION EN SALUD.

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Medellín. a los diez (10) días del mes de julio de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

EMILY ELISA CORONADO GARCÉS
Subdirectora (E)
CENTRO TEXTIL Y DE GESTIÓN INDUSTRIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

91383200 - 10/07/2023
FECHA REGISTRO



EL CENTRO TEXTIL Y DE GESTIÓN INDUSTRIAL

CERTIFICA

Que ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1004487068 de Aracataca, realizó y aprobó el curso de ACREDITACION EN SALUD. con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Medellín. a los diez (10) días del mes de julio de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

EMILY ELISA CORONADO GARCÉS
Subdirectora (E) CENTRO TEXTIL Y DE GESTIÓN INDUSTRIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

SENA: Una Organización con Conocimiento



LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 DE 1958

Dirección Nacional

Dirección de Capacitación - Bogotá D.C.

CERTIFICA QUE:

ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO

Cédula de ciudadanía # 1004487068

PARTICIPÓ EN EL CURSO

DERECHOS HUMANOS Y LIDERAZGO PARA LA PAZ

Realizado en Bogotá. D.C. entre el 29/10/2024 y el 06/12/2024
con una intensidad de 20 horas. Se expide en Bogotá. D.C., el 03/09/2025.

ELIER ÁVALO CASTAÑO

Director Técnico de Capacitación (E)
Escuela Superior de Administración Pública ESAP



ESCUELA SUPERIOR DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

**FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO
CIENTÍFICO Y CULTURAL DE COLOMBIA**

Nit.: 802.011.300 - 1



C E R T I F I C A Q U E :

ANGELA MARÍA ANDREWS CAMARGO
C.C. No. 1004487068

REALIZÓ Y APROBÓ

EL CURSO DE HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD

**Desarrollado los días 08 y 09 de Enero del 2024, con un intensidad horaria de 30 horas -
Modalidad Semipresencial**



CIELO CRESPO ESCORCIA
Directora



PIEDAD MARIA CRESPO E.
Coordinadora General



Dado en Barranquilla-Atl., a los Nueve (09) días del mes de Enero del 2024
Este diploma es válido Por dos (2) años a partir de la fecha de expedición
Nota legal Prohibido el cambio del total o parcial del texto del presente diploma,so pena de las implicaciones legales.

**FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO
CIENTÍFICO Y CULTURAL DE COLOMBIA**

Nit.: 802.011.300 - 1



C E R T I F I C A Q U E :

ANGELA MARÍA ANDREWS CAMARGO
C.C. No. 1004487068

REALIZÓ Y APROBÓ
EL CURSO DE RADIOPROTECCIÓN

**Desarrollado los días 18 y 19 de Enero del 2024, con un intensidad horaria de 40 horas -
Modalidad Semipresencial**

CIELO CRESPO ESCORCIA
Directora

PIEDAD MARIA CRESPO E.
Coordinadora General



1004487068

Dado en Barranquilla-Atl., a los Diecinueve (19) días del mes de Enero del 2024
Este diploma es válido Por dos (2) años a partir de la fecha de expedición
Nota legal Prohibido el cambio del total o parcial del texto del presente diploma, so pena de las implicaciones legales.

**FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO
CIENTÍFICO Y CULTURAL DE COLOMBIA**

Nit.: 802.011.300 - 1



C E R T I F I C A Q U E :

ANGELA MARÍA ANDREWS CAMARGO
C.C. No. 1004487068

REALIZÓ Y APROBÓ

**EL CURSO DE MANEJO INTEGRAL EN SALUD PARA VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL**

**Desarrollado los días 12 y 13 de Enero del 2024, con un intensidad horaria de 40 horas -
Modalidad Semipresencial**

CIELO CRESPO ESCORCIA
Directora



PIEDAD MARIA CRESPO E.
Coordinadora General

Dado en Barranquilla-Atl., a los Trece (13) días del mes de Enero del 2024
Este diploma es válido Por dos (2) años a partir de la fecha de expedición

Nota legal Prohibido el cambio del total o parcial del texto del presente diploma, so pena de las implicaciones legales.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1004487068

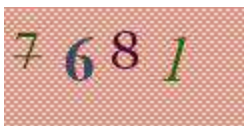
Primer Nombre

Angela

Primer Apellido

andrews

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5860

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-01-21→3:56:48 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Det
CC	1004487068	ANGELA	MARIA	ANDREWS	CAMARGO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO identificado(a) con CC 1004487068 registra La siguiente información:

2026-01-21→3:56:48 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ODONTOLOGIA	2020-03-02	8220	Colegio Colombiano de Odontologos

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación
-----------------	-----------------------	------------------	--------------	-----------	----------------------	---------------------

**Presto
SSO**

Local

**COLOMBIA|MAGDALENA|EL
RETÉN**

**2018-
09-27**

**2019-
09-27**

**Prestación
de Servicios
Profesionales
de Salud en
IPS
Habilitada**

Odontología

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

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

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

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)



 La salud es de todos   COLEGIO COLOMBIANO DE ODONTÓLOGOS

Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud

 Angela Maria Andrews Camargo
Odontólogo

C.C 1.004.487.068

Universidad Santo Tomás
Bucaramanga

Diploma: 23/03/2018
RETHUS: 02/03/2020

Esta tarjeta es un documento público y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4197 de 2010.
Es personal e intransferible.
Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Odontólogos; contacto: colegiododontologos.org


Jairo Quintana O.
Representante Legal
Colegio Colombiano de Odontólogos


CCO- 010818



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

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN CARTAGENA	SUCURSAL CARTAGENA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 75-03-101020532	ANEXO No. 0
TOMADOR ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	DIRECCION CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD CIENAGA, MAGDALENA	CC 1.004.487.068	TELEFONO 3116977126
ASEGURADO ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	DIRECCION CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD CIENAGA, MAGDALENA	CC 1.004.487.068	TELEFONO 3116977126
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 11 / 02 / 2026	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 11 / 02 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 11 / 02 / 2027		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 11 / 02 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 11 / 02 / 2027	
INTERMEDIARIO MOISES AUGUSTO PIANETTA PEREZ	CLAVE 194554	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ODONTOLOGÍA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 200,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 200,000,000.00		\$ 40,000,000.00

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

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****200,000,000.00	PRIMA:	\$ *****159,702.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****30,343.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****190,045.00

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 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 8 NO 34-62 PISO 8, TELÉFONO 6601144 - CARTAGENA

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA
PAGO:
1101310762578-8

(415) 770998021167 (8020) 11013107625788 (3900) 000000190045 (96) 20260328

75-03-101020532

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

LEIDYMEJAG

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

1



SEGUROS DEL ESTADO
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN CARTAGENA	SUCURSAL CARTAGENA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 75-03-101020532	ANEXO No. 0
TOMADOR ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	DIRECCION CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD CIENAGA, MAGDALENA	CC 1.004.487.068	TELEFONO 3116977126
ASEGURADO ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	DIRECCION CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD CIENAGA, MAGDALENA	CC 1.004.487.068	TELEFONO 3116977126
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 11 / 02 / 2026	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 11 / 02 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 11 / 02 / 2027		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 11 / 02 / 2026 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 11 / 02 / 2027	
INTERMEDIARIO MOISES AUGUSTO PIANETTA PEREZ CLIENTE	CLAVE 194554	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

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

www.segurosdelestado.com
[o www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de consulta.

Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia
 Seguros del Estado
 Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá
 Cambiando contigo
 Seguros del Estado
 Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****200,000,000.00	PRIMA:	\$ *****159,702.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****30,343.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****190,045.00

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

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

CARRERA 8 NO 34-62 PISO 8, TELÉFONO 6601144 - CARTAGENA

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



REFERENCIA PAGO:
1101310762578-8

(415) 770998021167 (8020) 11013107625788 (3900) 000000190045 (96) 20260328

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CARTAGENA	EMISION ORIGINAL	75-03-101020532	0
TOMADOR	ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	CC	1.004.487.068
DIRECCION	CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD	CIENAGA, MAGDALENA
		TELEFONO	3116977126
ASEGURADO	ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	CC	1.004.487.068
DIRECCION	CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD	CIENAGA, MAGDALENA
		TELEFONO	3116977126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO C.C 1.004.487.068

ASEGURADO: ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO C.C 1.004.487.068

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

UBICACION CONSULTORIO: NO

VIGENCIA: 11/02/2026 HASTA 11/02/2027

SINIESTRALIDAD: NO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA: (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL
CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES 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-EO-GD-01
PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: ODONTOLOGIA

LIMITE ASEGURADO \$ 200.000.000

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

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: \$ 190.045

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.

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

1.2 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.

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



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CARTAGENA	EMISION ORIGINAL	75-03-101020532	0
TOMADOR	ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	CC	1.004.487.068
DIRECCION	CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD	CIENAGA, MAGDALENA
		TELEFONO	3116977126
ASEGURADO	ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	CC	1.004.487.068
DIRECCION	CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD	CIENAGA, MAGDALENA
		TELEFONO	3116977126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2.3EN 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:

2.1RESPONSABILIDAD 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.

2.2RESPONSABILIDAD 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.

2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

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

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

\$ 20.000.000

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

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

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

AMPARO BASICO \$ 200.000.000

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: \$ 200.000.000

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: \$ 200.000.000

GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:

EVENTO \$ 15.000.000

VIGENCIA \$ 40.000.000

DEDUCIBLES

GASTOS DE DEFENSA 10%

DEMÁS AMPAROS 10% - MIN 1 SMLV

EXCLUSIONES

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

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



**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.
CARTAGENA	EMISION ORIGINAL	75-03-101020532	0
TOMADOR	ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	CC	1.004.487.068
DIRECCION	CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD	CIENAGA, MAGDALENA
		TELEFONO	3116977126
ASEGURADO	ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	CC	1.004.487.068
DIRECCION	CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD	CIENAGA, MAGDALENA
		TELEFONO	3116977126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.
9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.
10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.
PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIVABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.
11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.
12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.
13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.
14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE 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 ACREDITADAS 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, SEGUROESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECCION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
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.



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
CARTAGENA	EMISION ORIGINAL	75-03-101020532	0
TOMADOR	ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	CC	1.004.487.068
DIRECCION	CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD	CIENAGA, MAGDALENA
		TELEFONO	3116977126
ASEGURADO	ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	CC	1.004.487.068
DIRECCION	CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD	CIENAGA, MAGDALENA
		TELEFONO	3116977126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 EXTRACORPORALES, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.

27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

29. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.

30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEROS, 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 (SHEC) 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 SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.

33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN 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 PROVIENAN 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 GEOLOGICAS, 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, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.

48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

50. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

51. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO 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 CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

53. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD

54. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CARTAGENA	EMISION ORIGINAL	75-03-101020532	0
TOMADOR	ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	CC	1.004.487.068
DIRECCION	CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD	CIENAGA, MAGDALENA
		TELEFONO	3116977126
ASEGURADO	ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO	CC	1.004.487.068
DIRECCION	CL 5 NRO. 11 - 70	CIUDAD	CIENAGA, MAGDALENA
		TELEFONO	3116977126
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

56. CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.

57. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR: A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES. B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

58. EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

59. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

60. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

61. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

62. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

63. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

64. SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMIENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMIENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.

65. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOMA MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:

A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O

B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O

3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:

A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;

B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O

C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.

PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:

1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;

2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA
CONDICIONES ADICIONALES:

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

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

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

- 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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Ángela María Andrews Camargo
CC 1004487068 de Aracataca - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Protocolos básicos de Sedación Grado I y II
con un total de 48 Horas.

Verificación:




Fecha de emisión: 2026-02-11
Fecha de vencimiento: 2028-02-11




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



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



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista




HOSPITAL LOCAL EL RETEN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
MUNICIPIO DE EL RETEN-MAGDALENA
NIT 819001796-1
GERENCIA

EL SUSCRITO GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL EL
RETEN

CERTIFICA QUE:

La Doctora: **ANGELA MARIA CAMARGO ANDREWS**, Identificada con cedula de ciudadanía No **1.004.487.068** expedida en Aracataca-Magdalena, egresada de la Universidad de Santo Tomas de la ciudad de Bucaramanga, realizo un año de (S.S.O) Servicio Social Obligatorio, como Odontóloga en la plaza correspondiente a la ESE aprobada con el número de orden O-27 y radicada en el libro de registro con el numero No 15 del 02 de enero de 1997 con el código de plaza No. 4726800247012-1 identificación plaza No. 3974, en el periodo comprendido del 27 de Septiembre del 2018 hasta el 27 de Septiembre del 2019.

La presente certificación se expide a los veintisiete (27) días del mes de Septiembre del 2019.


ALVARO RUIZ VENCE
Gerente

Dra. Beatriz Andrews's 

Consultorio Odontológico Beatriz Andrews. Reg. 32101

CERTIFICA

Que la Dra. **Ángela María Andrews Camargo**, identificada con cédula de ciudadanía N° **1.004.487.068**, presta sus servicios profesionales como **Odontóloga General**, desde el **01 de octubre del 2019** hasta la fecha. Durante este tiempo, ha cumplido satisfactoriamente con todas las funciones asignadas, destacándose por su profesionalismo, compromiso y dedicación en la atención integral a los pacientes.

Se expide la presente certificación, en la ciudad de **Aracataca, Magdalena**, a los **veintisiete (27)** días del mes de **enero del 2025**.

Cualquier inquietud, no dude en comunicarse al **Consultorio Odontológico Beatriz Elena Andrews**.



Dra. Beatriz Elena Andrews Camargo
Gerente



EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

CERTIFICA:

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de esta Secretaría, se constató que **ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.004.487.068, suscribió con el Departamento del Atlántico –Secretaría General–, el/los siguiente(s) contrato(s) de Prestación de Servicios, tal como se describe a continuación:

CONTRATO N°	202104420
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTEN EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO
FECHA DE SUSCRIPCION	Noviembre 8 de 2021
FECHA DE INICIO	Noviembre 8 de 2021
PLAZO	Hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2021, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.
VALOR	NUEVE MILLONES VEINTE MIL PESOS M/L (\$9.020.000.00).
FECHA DE TERMINACION	Diciembre 31 de 2021
OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA	<p>a) Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato.</p> <p>b) Realizar seguimiento y control de los asuntos y actividades que le sean asignadas.</p> <p>c) Presentar mensualmente informe detallado de gestión de actividades.</p> <p>d) Cumplir con el pago al sistema de seguridad social.</p> <p>e) Cumplir con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, artículo 2.2.4.6.28. (En caso de que aplique).</p> <p>f) Asistir puntualmente a las reuniones convocadas.</p> <p>g) Hacer buen uso de los equipos tecnológicos y elementos de oficina suministrados para las actividades requeridas en el desarrollo del objeto contractual.</p> <p>h) Cumplir con las demás obligaciones, especificaciones y actividades señaladas en el estudio previo y con aquellas que se deriven de la esencia o naturaleza del Contrato.</p>
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	<p>1) Realizar visitas de verificación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) a la red de prestadores de servicios de salud del Departamento del Atlántico, cumpliendo con las pautas de comportamiento establecidas para la ejecución de las visitas (Num 4.1, Res 2003 de 2014)</p> <p>2) Realizar visita de verificación previa, de reactivación o de IVC a los prestadores de servicios de salud del Departamento del Atlántico, según el caso y cumpliendo con las pautas de comportamiento establecidas para la ejecución de las visitas (Num 4.1, Res 2003 de 2014)</p> <p>3) Elaborar y presentar de los informes respectivos</p> <p>4) Asistir a los comités de habilitación convocados por el supervisor del contrato.</p> <p>5) Asistir a las capacitaciones convocados por el supervisor del contrato.</p>



	<p>6) Asistir a las unidades de análisis de eventos de interés en salud pública y a los Comités de Vigilancia Epidemiológica - COVE</p> <p>7) Brindar asistencia técnica y asesoría en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) a los prestadores de servicios de salud del Departamento del Atlántico.</p> <p>8) Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.</p>
ESTADO	Terminado

CONTRATO N°	202200429
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO
FECHA DE SUSCRIPCION	Enero 12 de 2022
FECHA DE INICIO	Enero 12 de 2022
PLAZO	Ocho (8) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.
VALOR	TREINTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/L (\$37.600.000.00).
ADICION Y PRORROGA	No.1 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 202200429
FECHA DE SUSCRIPCION	Agosto 25 de 2022
PLAZO PRORROGA	Se prórroga el plazo de ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. 202200429, hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2022, contados a partir del vencimiento del plazo inicial.
VALOR ADICION	DIECISIETE MILLONES SETENTA Y SIETE MIL PESOS M/L (\$17.077.000.00).
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CINCUENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL PESOS M.L. (\$54.677.000,00)
FECHA DE TERMINACION	Diciembre 31 de 2022
OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA	<p>a) Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato.</p> <p>b) Realizar seguimiento y control de los asuntos y actividades que le sean asignadas.</p> <p>c) Presentar mensualmente informe detallado de gestión de actividades.</p> <p>d) Cumplir con el pago al sistema de seguridad social.</p> <p>e) Cumplir con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, artículo 2.2.4.6.28. (En caso de que aplique).</p> <p>f) Asistir puntualmente a las reuniones convocadas.</p> <p>g) Hacer buen uso de los equipos tecnológicos y elementos de oficina suministrados para las actividades requeridas en el desarrollo del objeto contractual.</p> <p>h) Cumplir con las demás obligaciones, especificaciones y actividades señaladas en el estudio previo y con aquellas que se deriven de la esencia o na</p>

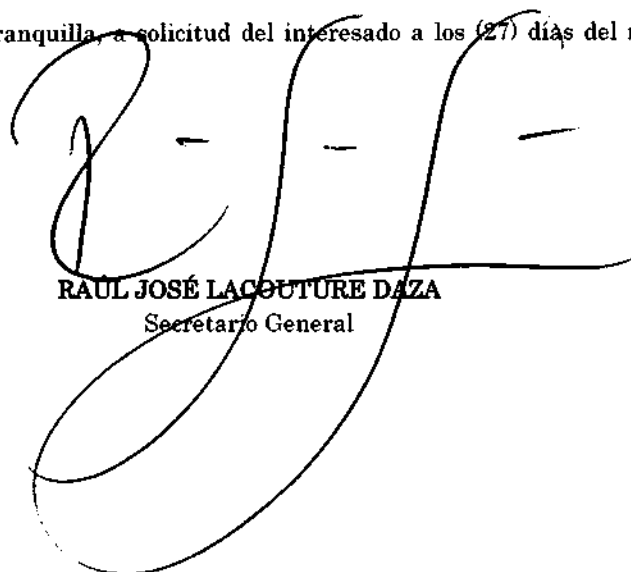


<p>OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRATISTA DEL</p>	<p>turaleza del Contrato.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Realizar visitas de verificación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) a la red de prestadores de servicios de salud del Departamento del Atlántico, cumpliendo con las pautas de comportamiento establecidas para la ejecución de las visitas (Num 4.1, Res 2003 de 2014) 2) Realizar visita de verificación previa, de reactivación o de IVC a los prestadores de servicios de salud del Departamento del Atlántico, según el caso y cumpliendo con las pautas de comportamiento establecidas para la ejecución de las visitas (Num 4.1, Res 2003 de 2014) 3) Elaborar y presentar de los informes respectivos. 4) Asistir a los comités de habilitación convocados por el supervisor del contrato. 5) Asistir a las capacitaciones convocados por el supervisor del contrato. 6) Asistir a las unidades de análisis de eventos de interés en salud pública y a los Comités de Vigilancia Epidemiológica - COVE 7) Brindar asistencia técnica y asesoría en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) a los prestadores de servicios de salud del Departamento del Atlántico. 8) Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.
<p>ESTADO</p>	<p>Terminado</p>

La presente certificación de Contratos de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión establecidos en el Estatuto de Contratación y sus Decretos reglamentarios, se hace a solicitud del Contratista, sin que la expedición de esta implique la existencia de una relación laboral entre las partes teniendo en cuenta la naturaleza de vinculación contractual.

La solicitud de confirmación del presente certificado, en caso de ser requerido, podrá ser remitida al correo electrónico general@atlantico.gov.co, indicando el número de radicado que se encuentra en la parte superior derecha.

Se expide la presente en Barranquilla, a solicitud del interesado a los (27) días del mes de Febrero de 2023.



RAUL JOSÉ LACOUTURE DAZA
Secretario General

Proyectó: Norma Fernández N.
Revisó: Héctor Figueroa
Vo.Bo.: Nohemí Pérez



NIT 890 100 006 1
Codigo Postal 090001
Codigo DANE 09-000

Gobernación del Atlántico
atlantico.gov.co

• atencionciudadano@atlantico.gov.co
• (57)(5) 350 7103
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla Colombia
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

CERTIFICA:

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de esta Secretaría, se constató que ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1.004.487.068, suscribió con el Departamento del Atlántico –Secretaría General–, el/los siguiente(s) contrato(s) de prestación de servicios, tal como se describe a continuación:

CONTRATO N°	202301217
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA FORTALECER LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	Marzo 29 de 2023
FECHA DE INICIO	Marzo 29 de 2023
PLAZO	Seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.
VALOR	VEINTIOCHO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L (\$28.200.000.00).
OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA	<ul style="list-style-type: none"> a) Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato. b) Realizar seguimiento y control de los asuntos y actividades que le sean asignadas. c) Presentar mensualmente informe detallado de gestión de actividades. d) Cumplir con el pago al sistema de seguridad social. e) Cumplir con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, artículo 2.2.4.6.28. (En caso de que aplique). f) Asistir puntualmente a las reuniones convocadas. g) Hacer buen uso de los equipos tecnológicos y elementos de oficina suministrados para las actividades requeridas en el desarrollo del objeto contractual. h) Cumplir con las demás obligaciones, especificaciones y actividades señaladas en el estudio previo y con aquellas que se deriven de la esencia o naturaleza del Contrato.
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	<ul style="list-style-type: none"> 1) Realizar visitas de verificación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) a la red de prestadores de servicios de salud del Departamento del Atlántico, cumpliendo con las pautas de comportamiento establecidas para la ejecución de las visitas (Num 4.1, Res 2003 de 2014) 2) Realizar visita de verificación previa, de reactivación o de IVC a los prestadores de servicios de salud del Departamento del Atlántico, según el caso y cumpliendo con las pautas de comportamiento establecidas para la ejecución de las visitas (Num 4.1, Res 2003 de 2014) 3) Elaborar y presentar de los informes respectivos 4) Asistir a los comités de habilitación convocados por el supervisor



	<p>del contrato.</p> <p>5) Asistir a las capacitaciones convocados por el supervisor del contrato.</p> <p>6) Asistir a las unidades de análisis de eventos de interés en salud pública y a los Comités de Vigilancia Epidemiológica - COVE</p> <p>7) Brindar asistencia técnica y asesoría en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) a los prestadores de servicios de salud del Departamento del Atlántico</p> <p>8) Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor, con relación a su objeto contractual.</p>
ESTADO	En Ejecución

La presente certificación de Contratos de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión establecidos en el Estatuto de Contratación y sus Decretos reglamentarios, se hace a solicitud del Contratista, sin que la expedición de esta implique la existencia de una relación laboral entre las partes teniendo en cuenta la naturaleza de vinculación contractual.

La solicitud de confirmación del presente certificado, en caso de ser requerido, podrá ser remitida al correo electrónico general@atlantico.gov.co, indicando el número de radicado que se encuentra en la parte superior derecha.

Se expide la presente en Barranquilla, a solicitud del interesado a los (26) días del mes de Septiembre de 2023.


RAÚL JOSÉ LACOUTURE DAZA
Secretario General

Proyectó: Norma Fernández N.
Revisó: Héctor Fabio Figueroa
Vo.Bo.: Nohemí Pérez



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

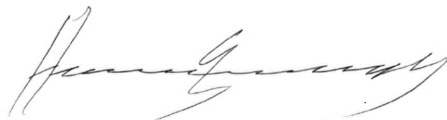
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 21 de enero de 2026, a las 15:03:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1004487068
Código de Verificación	1004487068260121150329

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



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289439238



PIB
15:02:27
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de enero del 2026

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) ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004487068:

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 Relacionamiento 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.



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:04:00 PM horas del 21/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1004487068**

Apellidos y Nombres: **ANDREWS CAMARGO ANGELA MARIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado #

75 – 25 barrio Modelia,

Bogotá D.C.

Atención administrativa:

Lunes a Viernes 8:00 am a

12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm

Línea de atención al

ciudadano: 5159700 ext.

30552 (Bogotá)

Resto del país: 018000 910

112

E-mail: dijin.araic-

atc@policia.gov.co





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, 21/01/2026 03:04:47 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1004487068** y Nombre: **ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO.**

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. **133133214** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

Información

515 9000



Dios y
Patria

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



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

GOV.CO

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 11:38:01 horas del 11/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1004487068**,

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL**, con NIT **891780053-9** 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>



Dayana Acosta Pacheco
 MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
 RM: 1140876769 LIC. 19143-25



NOMBRE DE EMPRESA: Hospital San Cristobal Cienaga FECHA: 10/02/2026

TIPO DE VALORACIÓN CERTIFICADO MEDICO LABORAL

INGRESO PERIODICO EGRESO
 TRABAJADOR: Angela Maria Andrews Carrizo c.c. 1.004.487.068
 CARGO: Odontologa SEXO: F EDAD: 30 AÑOS
 Informe: Paciente apto para cargo a desempeñar

Examen	R	NR	
Md osteomuscular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examen Físico normal
Visiometria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20/20
Audiometria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Laboratorios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN MEDICA DE INGRESO

Apto para el cargo: Sin patología aparente Con patología aparente
 Apto con restricción: _____ Motivo Paciente sano
 Aplazado: _____ motivo _____
 No apto: _____ motivo _____
 Recomendaciones: Higiene postural, Pausas activas, uso de EPP

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar su labor Recomendación: _____
 Se sugiere reubicación laboral Temporal Permanente Reasignar Tareas
 Apto para trabajar en altura No apto para trabajar en altura Aplazado para altura

EXAMEN DE EGRESO

Satisfactorio No satisfactorio Motivo: _____

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Medicas Ocupacional Hábitos y estilos de vida saludable
 Remisión a EPS Uso de EPP inicio de actividad física
 Continuar manejo medico Ingreso al SVE Dejar de fumar
 Remisión ARL Carga física ruido Control de peso
 Citología vaginal Radiológico otros: _____
 Psicolaboral

Certifico no he omitido información de estado de salud. Todo puede ser confirmado y verificado

Dayana Acosta Pacheco
 DRA. Dayana Carolina Acosta Pacheco LIC. 19143/25
 Especialista Seguridad y Salud en el trabajo

Angela Andrews
 Firma Trabajador(a)
 c.c. 1004487068.

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

Consérvelo

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

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de Vacunación del adulto

Nombres: **Angela María**

Apellidos: **Andrews Camargo**

Documento de Identidad: C.C T.I. Pasaporte No. **1004487068**

Fecha de nacimiento: Día **20** Mes **03** Año **1995**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS Vacunadora Nombre Vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico- Diftérico (Td)	1	09-10-15	D2221	Kinda Samuelio
	2	27-04-16	D2252	Kinda Samuelio.
	3	20-09-18	D2252	Kinda Samuelio.
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS Vacunadora Nombre Vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20-09-18	R3654	Kinda Samuelio
Otras				



Nombre **ANDRWS CAMARGO ANGELA**
Identificación CC 1004487068 Tel. 1
Edad 28 Años 0 Meses 0 Días Sexo F
Médico MEDICOS VARIOS
No. Ordenamiento 377538
Fecha de nacimiento 17-ene.-1996

Fecha de recepción: 17/01/2024 **11703082**
Fecha Muestra 17/01/2024
Fecha de impresión: 19/01/2024
Empresa HERNANDEZ PABON RUBY DRA.
Sede REFERENCIA

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

R DE 1000 mUI/mL

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 9.0 mUI/ml
Indeterminado: De 9.0 a 11.0 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11.0 mUI/ml



JORGE ARMANDO MIRANDA RAVELO
C.C. 8.867.897
BACTERIOLOGO

17-ene.-2024 11:11 pm



CARLOS FERNANDO BLANCO ORTEGA
CC 1.090.382.114
BACTERIOLOGO

18-ene.-2024 9:22 am

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1004487068

Fecha nacimiento / Date of birth

20/03/1995

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3116977126

Correo electrónico / e-mail



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

-

Lote / Vaccine Batch

EY0586

29125BA

-

Vacuna / Vaccine

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

-

Centro vacunador / Administering Center

ARACATACA E.S.E.
HOSP LUISA
SANTIAGA
MARQUEZ

ARACATACA E.S.E.
HOSP LUISA
SANTIAGA
MARQUEZ

-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

24/06/2021

04/08/2021

-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

-

Sello digital / Digital Stamp

FPOXHJONLX4BPABPW7T4
277OUJKJSOTJEL6MHEN
AAIY6HK5VWWA

GPRVUVROEFSPODZ5PSE
FGCRRNGOQGWFQ5WQ
H2Z2FKUFINC65CVQ

-

Fecha de emisión del documento / Document issued

19/11/2021

19/11/2021

-

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



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

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

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

[Ver certificado en MiVacuna](#)

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

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

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

[View certificate in MiVacuna](#)

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANGELA	MARIA	ANDREWS	CAMARGO

Documento de identificación
Tipo Número Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio Dirección Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$ 2.000.0000
Cesantías e intereses de cesantías	\$00
Gastos de representación	\$00
Arriendos	\$00
Honorarios	\$00
Otros ingresos y rentas	\$00
TOTAL	\$ 2.000.0000

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
LOTE	COLOMBIA	MAGDALENA	CIENAGA	\$ 45.000.000

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento

Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí No

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



Bogotá, Febrero 12 de 2026

Señora:
ANDREWS CAMARGO ÁNGELA MARÍA
CC. 1004487068
CL 5 N 11 – 70
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 9 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ANDREWS CAMARGO ÁNGELA MARÍA	1004487068	C	Jul-31-2025	9	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ANDREWS CAMARGO ÁNGELA MARÍA	1004487068	INDEPENDIENTE	

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

SALUD TOTAL EPS S.A.

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



**Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora
Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias**

Certifica

A quien interese

Que ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO identificada con cédula de ciudadanía número 1004487068 se encuentra afiliado(a) a SKANDIA FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700002963754, vigente desde el 1 de Julio de 2022.

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 10 de Febrero de 2026.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

0-20260210-11:56-27331301

Bogotá
658 4000
484 1300

Resto del País
01 8000 517 526

Dirección
Av 19 # 109a - 30
Bogotá, Colombia

Correo
cliente@skandia.com.co

www.skandia.com.co





MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1004487068 **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 21/01/2026 03:06 PM



Código Verificación: **SX6TR5PHY8**

Válida hasta: **21/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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



FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO:
VERSION: 001
FECHA DE ULTIM REVISION:

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE PERSONA NATURAL

Formulario for personal information including name (ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO), ID number (1004487068), birth date (20/03/1995), education (University), and occupation (Student).

2. DATOS LABORALES

Formulario for labor data including company name, type (Public/Private/Mixed), and whether they manage state funds.

3. INFORMACION FINANCIERA

Formulario for financial information including monthly income/expense (\$2,000,000), total assets (\$120,000,000), and declaration of public servant status.

4. AUTORIZACION Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a la E.S.E. Hospital San Cristóbal...

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiéndolo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos)
Nombre y Firma Oficial de cumplimiento



CERTIFICADO

**CIENAGA,
MAGDALENA,
COLOMBIA,
A quien interese**

11/02/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANGELA MARIA ANDREWS CAMARGO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1004487068**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número **0570488470618874**
Fecha de apertura **11/02/2026**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

