



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Araujo		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ramos			NOMBRES Roger Alberto		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 8721729				SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA <input type="text" value="25"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="1956"/>				CALLE 48D 1R 40 CASA CIUDADELA 20 DE JULIO			
PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA		MUNICIPIO BARRANQUILLA		TELÉFONO 000000	
MUNICIPIO BARRANQUILLA				EMAIL leidybautiista@gmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1977
										<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 EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	04	1999	
PREGRADO	10	X		MEDICINA	01	1998	08903

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	02	Mes	01	Año	2024	Día		Mes	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 9749500			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	09	Año	2006	Día		Mes	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA URGENCIAS					DIRECCIÓN				

4

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				

5

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	17	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	17	4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **8721729**

ARAUJO RAMOS
APELLIDOS

ROGER ALBERTO
NOMBRES

(Signature)
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-SEP-1956**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-OCT-1980 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

(Signature)
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-0300100-22099393-M-0008721729-20020415 0038302102B 01 106177842

**FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MATERNO
INFANTIL CIUDADELA
METROPOLITANA -
SOLEDAD

PERIODO

01/01/2023 - 31/12/2023

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ROGER ALBERTO ARAUJO RAMOS

IDENTIFICADO CON: C.C C.E. T.I. N° 8.721.729 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio BARRANQUILLA

Dirección CALLE 48D #1SUR - 40 Teléfonos 3137587378

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	36.864.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 36.864.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORRO	29700044026	SOLEDAD	\$ 3.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

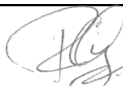
c) En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOLEDAD, 02 DE ENERO DE 2024

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Roger Araujo Ramos
Medic_roger@hotmail.com
Calle 48 D # 1 Sur 40
Ciudadela 20 de Julio
Cel.3137587378



**SECRETARIA DISTRITAL DE EDUCACION
JUNTA SECCIONAL DE ESCALAFON
RESOLUCION N° (1899) DE 1998**

Por la cual se inscribe a un(a) Educador(a) en el Escalafón Nacional Docente.
LA JUNTA SECCIONAL DE ESCALAFON DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA : En uso de las facultades que le confiere el Artículo 19o. del Decreto Extraordinario Número 2277 del 14 de Septiembre de 1979 . y .

CONSIDERANDO :

Que el (la) Educador(a) ARAUJO RAMOS ROGER ALBERTO Identificado(a) con Cédula de ciudadanía N° 8.721.729 de Barranquilla de acuerdo con el Artículo 6° del Decreto N° 259 de 1.981 . presentó solicitud de inscripción a la Oficina Seccional de Escalafón el día 17 de 11 de 199 8 como consta en la radicación N° 0481 y anexó a su petición los siguientes documentos : formulario inscripción acta de grado de médico cirujano, registro civil, fotocopia de la cédula curso de Profesionalización para ingreso en el Escalafón Nacional Docente

Con los cuales demuestra que el día 17 de 11 de 199 8 Cumplió con los requisitos para esta inscripción .

En merito de lo expuesto , la Junta .

RESUELVE :

ARTICULO 1° - Inscríbase al grado SEXTO (6) del Escalafón Nacional Docente a el (la) Educador(a) ARAUJO RAMOS ROGER ALBERTO identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía N° 8.721.729 de Barranquilla quien cumplió con los requisitos para esta inscripción el día 17 de 11 de 199 8 y acredita : Título MEDICO CIRUJANO ; Estudios aprobados 5 años y Especialidad _____

ARTICULO 2° - Notifíquese la presente Resolución en la forma señalada en el Artículo 16o. Decreto N° 2621 de 1.979 haciendo saber a la parte interesada que contra ella procede por la vía Gubernativa el recurso de reposición ante la Junta Seccional , del cual deba hacerse uso dentro los cinco (5) días siguientes a la notificación personal o a la deslización del edicto correspondiente .

ARTICULO 3° - La presente resolución surte efectos fiscales a partir del día _____ de _____ de 1.99 ____ y rige desde la fecha de su expedición .

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Barranquilla , a los _____ de _____ de 1998

PRESIDENTE

SECRETARIO EJECUTIVO

Puertas Abiertas al Progreso

Resultado General -2024-01-02→3:11:33 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	8721729	ROGER	ALBERTO	ARAUJO	RAMOS	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) **ROGER ALBERTO ARAUJO RAMOS** identificado(a) con **CC 8721729** registra La siguiente información:

2024-01-02→3:11:33 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	1999-06-04	903	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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).

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202066142

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000002159 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47			COD. AGE: 320			RAMO: 89			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
12	08	2024	05	08	2024	23:59	05	08	2025	23:59	365	12	08	2024
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE A LAS			VIGENCIA HASTA A LAS DIAS			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
		05	08	2024	23:59	05	08	2025	23:59	365
		VIGENCIA DESDE A LAS			VIGENCIA HASTA A LAS					

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ROGER ALBERTO ARAUJO RAMOS** IDENTIFICACIÓN: CC **8.721.729**

DIRECCIÓN: **CALLE 48 D #71 SUR - 40** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3137587378**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ROGER ALBERTO ARAUJO RAMOS** IDENTIFICACIÓN: CC **8.721.729**

DIRECCIÓN: **CALLE 48 D #71 SUR - 40** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3137587378**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **SOLEDAD**

DIRECCION: **CALLE 15 No. 21-60**

ACTIVIDAD: **MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 100,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		100,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		100,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		100,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		100,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		100,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D001 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000.

AMPARO BÁSICO:
" Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***100,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****93,110	GASTOS EXPEDICION: \$ ****5,000.00	IVA: \$ *****18,641	TOTAL A PAGAR: \$ *****116,751
--	--------------------------------	---------------------------------------	------------------------	-----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GRUPO LICITAMOS LIMITADA	9726	100.00			

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000320206614

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE **CRVELEZ 0**

CDDA207A0B0CFF765C

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros
GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BARRANQUILLA
COLOMBIA,

2022/05/03

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **ROGER ALBERTO ARAUJO RAMOS**
con Cédula de Ciudadanía número **8721729**
de **BARRANQUILLA-ATLANTICO**
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 029700044026

Fecha Apertura 2017/06/13

Cordialmente



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202066142

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000002159 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: **320** RAMO: **89** PAP:

DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	
09	08	2023		05	08	2023	23:59	05	08	2024	23:59	366	09	08	2023					
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS DIAS				FECHA DE IMPRESIÓN								

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO: **RENOVACION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	
05	08	2023	23:59	05	08	2024	23:59	366				
VIGENCIA DEL ANEXO DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS								

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ROGER ALBERTO ARAUJO RAMOS** IDENTIFICACIÓN: CC **8.721.729**

DIRECCIÓN: **CALLE 48 D #71 SUR - 40** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLANTICO** TELÉFONO: **3137587378**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ROGER ALBERTO ARAUJO RAMOS** IDENTIFICACIÓN: CC **8.721.729**

DIRECCIÓN: **CALLE 48 D #71 SUR - 40** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLANTICO** TELÉFONO: **3137587378**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **ATLANTICO** CIUDAD: **SOLEDAD**

DIRECCION: **CALLE 15 No. 21-60**
ACTIVIDAD: **MEDICO**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 200,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		200,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		200,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		200,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		200,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		20,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCIÓN PROVISIONAL**

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

ASEGURADO: **ARAUJO RAMOS, ROGER ALBERTO**

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I
17703/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000.

AMPARO BÁSICO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***200,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****186,730	GASTOS EXPEDICION: \$****10,000.00	IVA: \$ *****37,379	TOTAL A PAGAR: \$ *****234,109
--	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------	-----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GRUPO LICITAMOS LIMITADA	9726	100.00			

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000320206614

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

AMVILLEGAS 0

CDDA207A0D0BFB7D5C CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47**

COD. AGENCIA: **320** RAMO: **89**

No PÓLIZA: **994000002159** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ROGER ALBERTO ARAUJO RAMOS**

IDENTIFICACIÓN: CC **8.721.729**

ASEGURADO: **ROGER ALBERTO ARAUJO RAMOS**

IDENTIFICACIÓN: CC **8.721.729**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

- " Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

- " Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
- " Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
- " Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
- " Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

- " No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
- " Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
- " Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
- " Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
- " Cláusula de no renovación tácita o automática.
- " Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

DEDUCIBLES:

- " Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
- " Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMLLV.

EXCLUSIONES:

- Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:
- " Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
 - " Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
 - " Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
 - " Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
 - " Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
 - " Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.
 - " Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
 - " Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
 - " Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
 - " Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
 - " Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
 - " Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
 - " Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastroplastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

- " Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47**

COD. AGENCIA: **320**

RAMO: **89**

No PÓLIZA: **994000002159** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ROGER ALBERTO ARAUJO RAMOS**

IDENTIFICACIÓN: CC **8.721.729**

ASEGURADO: **ROGER ALBERTO ARAUJO RAMOS**

IDENTIFICACIÓN: CC **8.721.729**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

- " Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
- " Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

- " Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía, da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

- " Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.

" Llevar adecuado registro del servicio médico prestado, en la historia clínica de consultorios externos, la institucional única y en la historia clínica y/o ficha clínica de cada servicio. En la misma, el asegurado deberá anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado clínico, realizando anamnesis, diagnósticos, indicaciones, evolución, epicrisis y cierre de la historia clínica en todos los casos.

" Mantener protocolos quirúrgicos y anestésicos, partograma, registros de monitoreo cardiológico intraoperatorio, fetal, y el resultado de los estudios complementarios solicitados, transcritos en la historia clínica o anexos a ella de tal forma que puedan identificarse como correspondientes al paciente.

" Vigilar que cada historia clínica o ficha de consulta, contenga un formulario que demuestre la existencia de un proceso de consentimiento informado como acto médico previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, en cuanto a los riesgos, beneficios y/o alternativas del tratamiento. dicho formulario de proceso de consentimiento informado deberá también estar suscrito por el o los profesionales intervinientes.

" Mantener los equipos de diagnóstico o terapéutica en perfectas condiciones de funcionamiento y mantenimiento y seguir las normas de la práctica médica e instrucciones del fabricante para su uso.

" Emplear personal debidamente capacitado y legalmente autorizado cuando se practique algún tratamiento o examen o servicio médico.

REQUISITOS PARA LA EMISION:

La presente cotización se sujeta a recibir, analizar y aprobar la siguiente información ANTES de iniciada la vigencia de la póliza:

" Comunicación por parte del Asegurado confirmando la aceptación de los términos y condiciones aquí expuestas.

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman parte de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.

" Suministro de la Tarjeta Profesional vigente, la cual debe estar vigente al momento de la cobertura de la presente póliza.

" Cualquier cambio en la información, modificación o variación del riesgo o potencial reclamación, dará lugar a la revisión y ajuste de cualquiera de las condiciones de la oferta, o retiro de la misma a discreción de la Aseguradora Solidaria de Colombia.

CLIENTE