



FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Mendoza		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Gutierrez		NOMBRES Johan Jose	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No 85084117		GENERO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 85084117		D.M. 10	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DIA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="1985"/>		CARRERA 11 6 32			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO MAGDALENA		MUNICIPIO SABANAGRANDE			
MUNICIPIO SITIONUEVO		TELÉFONO 3045538520		EMAIL JHMG23@HOTMAIL.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	12	AÑO	2002
										<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	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	07	2013	85084117

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)

4

IDIOMAS

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

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD INTEGRAL DE COLOMBIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO MALAMBO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3162211			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	04	Mes	01	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN CALLE 8 16 52						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FONSALUD CARIBE				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SABANAGRANDE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3015336611			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	03	Mes	01	Año	2019	Día	01	Mes	04	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN CALLE 7 10 29						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD PRONTASALUD IPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO MALAMBO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3004524682			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	05	Año	2018	Día	30	Mes	01	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN CARRERA 17 null null CAR 17 CALL9 #17-28						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD PALMAR DE VARELA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO PALMAR DE VARELA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3167160634			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	02	Año	2016	Día	29	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA "URGENCIAS"					DIRECCIÓN CALLE 11 9 134						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SANTO TOMAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SANTO TOMÁS				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 8790403			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2015	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA				DIRECCIÓN CARRERA 13 11 70							

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	10	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

JOHAN MENDOZA G.

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



GOBIERNO DE COLOMBIA



FUNCIÓN PÚBLICA
Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 85.084.117 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio SABANAGRANDE

Dirección CRA 11 #6-32 Teléf 3045538520

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JERONIMO MENDOZA FANDIÑO	1.042.359.431	HIJO
JUSOD MENDOZA FANDIÑO	1.042.355.838	HIJO

DECLARO, EN COMPLEMENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCION 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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	30,000,000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	30,000,000

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
BANCOLOMBIA	AHORRO	47760913991	BARRANQUILLA	\$ -

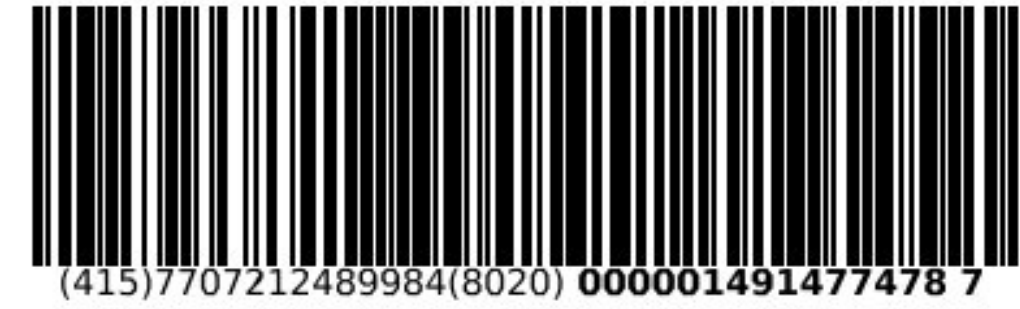
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14914774787



(415)7707212489984(8020) 000001491477478 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 5 0 8 4 1 1 7

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

8 5 0 8 4 1 1 7

27. Fecha expedición

2 0 0 3 0 1 1 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Sitio nuevo

7 4 5

31. Primer apellido

MENDOZA

32. Segundo apellido

GUTIERREZ

33. Primer nombre

JOHAN

34. Otros nombres

JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Sabanagrande

6 3 4

41. Dirección principal

CR 13 3 22 BRR SAN FRANCISCO

42. Correo electrónico

jhmg23@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 4 5 5 3 8 5 2 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 4 0 1 1 1

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																							

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 05 - 17 / 19 : 07: 59

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 MENDOZA GUTIERREZ JOHAN JOSE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

85084117

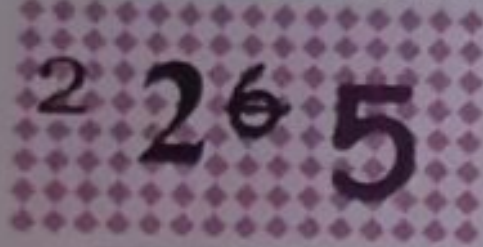
Primer Nombre

johan

Primer Apellido

mendoza

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8035

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-02-29→9:36:31 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	85084117	JOHAN	JOSE	MENDOZA	GUTIEREZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JOHAN JOSE MENDOZA GUTIEREZ identificado(a) con CC 85084117 registra La siguiente información:

2024-02-29→9:36:31 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2015-04-09	470842	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

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


COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **85.084.117**

MENDOZA GUTIERREZ
APELLIDOS

JOHAN JOSE
NOMBRES

Johan Mendoza
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ENE-1985**

SITIONUEVO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-ENE-2003 SITIONUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-2107900-51120601-M-0085084117-20040128 0048304028P 02 131889273



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ

C.C o C.E 85084117

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación

U. METROPOLITANA

Ciudad **BARRANQUILLA**

Fecha de expedición diploma

26/07/2013

Fecha de inscripción RETHUS

22/07/2016



CMC2016-10942

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301 info@colegiomedicocolombiano.org

www.ideqs.com

“HISTORIA CLINICA MEDICA OCUPACIONAL”

HISTORIA CLINICA **DIA:** 01 **MES:** ABRIL **AÑO:** 2025
TIPO DE EVALUACION: **INGRESO** **PERIODICA** **RETIRO**

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS: JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ
No. DE IDENTIFICACION: 85.084.117
FECHA DE NACIMIENTO: 02/01/1985
EDAD: 39 AÑOS
CELULAR No.: 3045538520
DIRRECCION DE RESIDENCIA: CRA 11 #6-32 SABANAGRANDE
CARGO A OCUPAR: MEDICO URGENCIAS

ANTECEDENTES PERSONALES: SIN DATOS DE IMPORTANCIA

ANTECEDENTES FAMILIARES: PADRE HIPERTENSO

EXAMEN FISICO

PESO: 78.4 KG **ESTATURA:** 168 CM **IMC:** 25.2

DATOS POSITIVOS: SOBREPESO

ERGONOMIA: NORMAL

VISIOMETRIA: NORMAL

DIAGNOSTICO FINAL: APTO CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES: CAMBIOS POSICIONALES – PAUSAS ACTIVAS

PENDIENTE: HISTORIA CLINICA DE SEGUIMIENTO CON SU EPS POR SU SOBREPESO

Jairo José Beltrán Pérez
Med. Especialista en SST - Lic. SO: 3715.

CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	JAIRO JOSE BELTRAN PEREZ, MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
--	--



SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

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

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BARRANQUILLA	SUCURSAL BARRANQUILLA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 85-03-101008991	ANEXO No. 0
TOMADOR JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ	DIRECCION CR 13 NRO. 3 - 22	CIUDAD SABANAGRANDE, ATLANTICO	CC 85.084.117	TELEFONO 3045538520
ASEGURADO JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ	DIRECCION CR 13 NRO. 3 - 22	CIUDAD SABANAGRANDE, ATLANTICO	CC 85.084.117	TELEFONO 3045538520
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 07 / 02 / 2025	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 07 / 02 / 2025 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 07 / 02 / 2026		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 07 / 02 / 2025 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 07 / 02 / 2026	
INTERMEDIARIO JENNIFER MARIA ZAMORA SCHETTINI	CLAVE 20358	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO
				% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

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

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

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****300,000,000.00	PRIMA:	\$ *****244,485.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****46,452.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****290,938.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 58 NO. 70-136, TELÉFONO 3681078 - BARRANQUILLA

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:
1101360938755-4

(415) 7709998021167 (8020) 11013609387554 (3900) 000000290938 (96) 20240323

SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DE VIDA
IN VIGENCIA - SEGUROS DE VIDA
DE BARRANQUILLA - SEGUROS DE VIDA
85-03-101008991

85-03-101008991

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DIANYSALVARADO

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

1



**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.
BARRANQUILLA	EMISION ORIGINAL	85-03-101008991	0
TOMADOR	JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ	CC	85.084.117
DIRECCION	CR 13 NRO. 3 - 22	CIUDAD	SABANAGRANDE, ATLANTICO
		TELEFONO	3045538520
ASEGURADO	JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ	CC	85.084.117
DIRECCION	CR 13 NRO. 3 - 22	CIUDAD	SABANAGRANDE, ATLANTICO
		TELEFONO	3045538520
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: MEDICINA GENERAL
 BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
 VIGENCIA: 12 MESES -
 UBICACION CONSULTORIO:NO TIENE CONSULTORIO DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO SINIESTRALIDAD: NO HA PRESENTADO SINIESTROS SEGUN LO INFORMADO

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

CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001
 EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES 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

LIMITE ASEGURADO: \$300.000.000
 LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:
 SEGURO ESTADO 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 SEGURO ESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

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

PARA GAFAR: SEGURO ESTADO, 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
 SEGURO ESTADO 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 SEGURO ESTADO 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 SEGURO ESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

1.2.3 EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURO ESTADO, 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 SEGURO ESTADO 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:

Certificado Bancario

Lunes, 01 de abril de 2025

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOHAN JOSE MENDOZA GUTIERREZ identificado(a) con CC 85084117, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	47760913991	2016/06/09	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C8508411700238806

Código de verificación

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JOHAN JOSE MENDOZA GUTIEREZ**, identificado(a) con C.C. No. 85084117 y T.P. o R.M. No. 0842/2015 del(a) Secretaría de salud del Atlántico, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el sábado 05 abril 2025 a solicitud del(a) interesado(a).



HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

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

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

antecedentestribunal@outlook.com