

|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |  |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|
|  <br><b>Gobernación del<br/>MAGDALENA</b> | <b>LISTADO DOCUMENTOS<br/>PERSONAL ASISTENCIAL – OPS ENTREGADOS EN EL<br/>SIGUIENTE ORDEN</b> |  | <b>CÓDIGO: HSC-TH-FOR-09</b> |
|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |  | <b>VERSIÓN: 003</b>          |
|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |  | <b>VIGENCIA: 2/12/2024</b>   |
|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |  | <b>Página 1 de 2</b>         |

YO, \_\_\_\_\_, identificada con Cedula No. \_\_\_\_\_, profesional en \_\_\_\_\_,

**AUTORIZO A LA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA, en calidad de responsable del tratamiento de datos, pueda VERIFICAR, ALMACENAR Y ARCHIVAR, CONSULTAR Y UTILIZAR los datos que se señalan a continuación, los cuales son entregados para fines de contratación**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

| ITEM | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI | NO | N/A |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|
| 1    | Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |     |
| 2    | Propuesta de Servicios (Actualizada)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |     |
| 3    | RUT - Registro Único Tributario (Actualizado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |     |
| 4    | Fotocopia de Cedula de Ciudadanía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |     |
| 5    | Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) (Actualizada)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |     |
| 6    | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |     |
| 7    | Convalidación de Título — <b>Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |     |
| 8    | Certificado de antecedentes <b>ÉTICO PROFESIONAL</b> – Médicos Generales, médicos Especialistas, Bacteriólogo, Psicólogo, Fisioterapeuta y Enfermera (Vigente).                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |     |
| 9    | <b>RETHUS-</b> Registro único Nacional del talento Humano en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |     |
| 10   | Tarjeta Profesional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |     |
| 11   | Póliza de responsabilidad civil de Clínicas y Hospitales personal asistencial: <ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos Especialistas Monto (CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS MCTE) (\$400.000.000.00)</li> <li>Médicos Generales, Enfermera Jefe (DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS MCTE) (\$ 200.000.000.00)</li> <li>Odontólogos, Instrumentadoras, Psicólogas, Fisioterapeuta (DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS MCTE) (\$ 200.000.000.00)</li> </ul> |    |    |     |
| 12   | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |     |
| 13   | Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero y conductores de ambulancia (Vigencia no Superior a DOS (02) años).                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |     |
| 14   | Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Personal Asistencial (Vigencia no Superior a DOS (02) años).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |     |
| 15   | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |     |
| 16   | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Ginecólogos, médicos generales de Atención del Recién Nacido (Vigencia no Superior a DOS (02) años).                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |     |
| 17   | Certificado de Diplomado de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |     |
| 18   | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales, jefes de enfermería y Especialistas del área de (UCI, Hospitalización y Consulta externa) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).                                                                                                                                                                                   |    |    |     |
| 19   | Soporte De Capacación de Resolución 2465 del 2016 y Resolución 2350 del 2020 (Personal Asistencial)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |     |
| 20   | Certificado de Curso de Estrategia de Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral IAMI (Personal Asistencial)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |     |
| 21   | Certificación Curso Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia AEIPI (Médicos Generales, Pediatras, Enfermera Jefe, Auxiliar de Enfermería)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |     |
| 22   | Constancia Formación Consejería en Lactancia Materna (Médicos Generales, Enfermera Jefe y Auxiliar de Enfermería)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |     |
| 23   | Certificado Toma de Muestra Laboratorio Clínico (Auxiliar de Laboratorio Clínico y Auxiliar de Enfermería)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |     |
| 24   | Certificado Toma de Muestra Citología y Prueba rápida VIH, SIFILIS Y HEPATITIS B (Enfermera y Auxiliar de Enfermería de Primer Nivel)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |     |
| 25   | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Personal asistencial)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |     |

|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |  |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|
|  <br><b>Gobernación del<br/>MAGDALENA</b> | <b>LISTADO DOCUMENTOS<br/>PERSONAL ASISTENCIAL – OPS ENTREGADOS EN EL<br/>SIGUIENTE ORDEN</b> |  | <b>CÓDIGO: HSC-TH-FOR-09</b> |
|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |  | <b>VERSIÓN: 003</b>          |
|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |  | <b>VIGENCIA: 2/12/2024</b>   |
|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |  | <b>Página 2 de 2</b>         |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 26 | Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías).                                                                                                                              |  |  |  |
| 27 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial).                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| 28 | Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| 29 | Curso de Sedación (Odontólogos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| 30 | Certificado de capacitación Radiológica vigente <b>(Personal de Rayos X)</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| 31 | Soporte de experiencia laboral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| 32 | Certificado de Contraloría actualizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
| 33 | Certificado de Procuraduría actualizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| 34 | Certificado policía actualizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| 35 | Certificado Multas y contra versiones actualizado                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| 36 | Libreta Militar <b>(Hombres menores de 50 años)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| 37 | Certificado de Delitos Sexuales actualizado                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 38 | Licencia de Conducción- ACTIVA <b>(CONDUCTOR DE AMBULANCIA)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| 39 | Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. <b>(Vigencia no superior a TRES (03) años)</b>                                                                                                                                             |  |  |  |
| 40 | Fotocopias de certificados de vacunas - esquema completo                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| 41 | <a href="https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013">Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)</a> |  |  |  |
| 42 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud <b>(INDEPENDIENTE – Mes Actual)</b>                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| 43 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión <b>(INDEPENDIENTE – Mes Actual)</b>                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| 44 | <a href="https://carpetaciudadana.and.gov.co/">Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.</a>                                                                                                                                    |  |  |  |
| 45 | <a href="#">Formato SARLAFT – Anexo 3</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
| 46 | Certificación Bancaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Work Area → Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

## Información del usuario

**Cargo** CIRUGIA GENERAL

**Título** Secretario(a)

**Nombre** ANTONIO MARIA

**Apellidos** BATISTA BARROS

**Fecha de Nacimiento** 19/09/1957 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

**Nivel Educativo** Postgraduate

**Género** Male

**¿Tiene alguna discapacidad?** ☐ Sí ☒ No

**Nombre y apellido** ANTONIO MARIA BATISTA BARROS

**Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía

**Número de documento** 8670720

**Dirección**

**Código postal**

**Estrato**

**Ubicación** Barranquilla

**País** COLOMBIA

**Correo electrónico** anbaba6@hotmail.com

**Teléfono**

**Celular** 3126591249



## Configuración

**Zona horaria** (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

**Idioma** Español (Colombia)

**Configuración regional** Spanish (Colombia)

## Seguridad de la información

**Pregunta de seguridad** ¿Cuál es el nombre de su abuelo?

**Respuesta** JULIO

**SMS para recuperar la contraseña** 3126591249

Editar

Ciénaga, Magdalena 31/01/2026

Sr.

**ARMANDO SALAS ORTIZ**

**GERENTE**

E.S.E Hospital San Cristóbal de Ciénaga.

Cordial Saludo;

De la manera más atenta me dirijo a usted y por su digno intermedio a quien corresponda liderar la propuesta de servicio, la cual tiene como propósito ejecutar la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO CIRUJANO**  
Aceptando por tanto las condiciones establecidas en los estudios previos.

Cordialmente,



---

**ANTONIO MARIA BATISTA BARROS**  
C.C.8.670.720





REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **8.670.720**

**BATISTA BARROS**  
APELLIDOS

**ANTONIO MARIA**  
NOMBRES

*Antonio Batista B.*  
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-SEP-1956**

**ARIGUANI**  
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62** **O-** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**04-OCT-1976 BARRANQUILLA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Ariguani*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALBAESTRIZ GENSINO LOPEZ



A-0300100-22117663-M-0008670720-20030925 05927 03267A 01 135541464





Libertad y Orden

## FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                        |  |                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>Batista                                                                                                            |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Barros                                                                                                                                                |  | NOMBRES<br>Antonio Maria                                                               |  |                  |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 8670720 |  | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>                                                                                             |  | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |  | PAÍS<br>COLOMBIA |  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                            |  | NÚMERO                                                                                                                                                                                  |  | D.M.                                                                                   |  |                  |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DIA 19 MES 09 AÑO 1956<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO MAGDALENA<br>MUNICIPIO ARIGUANÍ              |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 56N 81 80 apto 201 apartamento EL GOLF<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO<br>MUNICIPIO BARRANQUILLA<br>TELÉFONO 3126591 EMAIL anbaba6@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               | 1976 |

## 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           | 0                       | X        |    | ENDOSCOPIA DIGESTIVA                     | 02          | 1993 |                            |
| POSTGRADO           | 0                       | X        |    | CIRUGIA GENERAL                          | 03          | 1993 |                            |
| POSTGRADO           | 0                       | X        |    | LAPAROSCOPIA DE URGENCIAS                | 05          | 1993 |                            |
| PREGRADO            | 10                      | X        |    | MEDICINA                                 | 08          | 1986 | 14611                      |

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

## 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

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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

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<br>ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA, DISTRITO ESPECIAL,<br>INDUSTRIAL Y PORTUARIO |  |                                               |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                           |      | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                                                                             |  | MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA                     |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD        |      |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| TELÉFONOS                                                                                             |  | FECHA DE INGRESO                              |    |              |    | FECHA DE RETIRO                   |      |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
|                                                                                                       |  | Día                                           | 12 | Mes          | 11 | Año                               | 2022 | Día              | 31 | Mes | 12 | Año | 2022 |  |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                                                                |  | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA SALUD               |    |              |    | DIRECCIÓN<br>Calle 34 No 43-31    |      |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                                                             |  |                                               |    |              |    |                                   |      |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA                                            |  |                                               |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                           |      | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                                             |  | MUNICIPIO<br>CIÉNAGA                          |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD        |      |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| TELÉFONOS                                                                                             |  | FECHA DE INGRESO                              |    |              |    | FECHA DE RETIRO                   |      |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
|                                                                                                       |  | Día                                           | 01 | Mes          | 10 | Año                               | 2020 | Día              |    | Mes |    | Año |      |  |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                                                                |  | DEPENDENCIA<br>CIRUGIA GENERAL                |    |              |    | DIRECCIÓN<br>carrera 21 Calle 5 A |      |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                            |  |                                               |    |              |    |                                   |      |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN CRISTOBAL - CIENAGA                                                 |  |                                               |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                           |      | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                                                                             |  | MUNICIPIO<br>CIÉNAGA                          |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD        |      |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>4100747                                                                                  |  | FECHA DE INGRESO                              |    |              |    | FECHA DE RETIRO                   |      |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |
|                                                                                                       |  | Día                                           | 01 | Mes          | 06 | Año                               | 1996 | Día              | 14 | Mes | 11 | Año | 2003 |  |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO ESPECIALISTA                                                        |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION DEL DEPARTAMENT |    |              |    | DIRECCIÓN<br>Calle 5 20 - 55      |      |                  |    |     |    |     |      |  |  |  |  |



FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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: |  |
| ÁREA 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            | 7                     | 5     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 4                     | 2     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

8

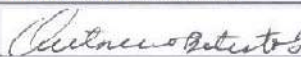
## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

CIENAGA MAG 31-01-2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

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 Facultad de Medicina, representada por lo Consistorium, el Rector, el Decano, y el Consejo Directivo, por autorización del Ministerio de Educación Nacional y en nombre de la República de Colombia otorga el título de:

Antonio María Batista Barros

con C. C. No. 8.670.720 de Barranquilla

En atención a que ha hecho los estudios reglamentarios. En consecuencia testifico que es idóneo para ejercer su profesión en todos los niveles e insularmente.

En fe de lo expuesto se le expide el presente

Que firmantes y sellamos con los sellos de la Universidad en la

Ciudad de Valparaiso, a 1ro. de Agosto de 1986

*[Handwritten signature]*

No al fello fin \_\_\_\_\_ del Libro de  
ca No. \_\_\_\_\_ de la Maternidad Nitra

NOMBRE \_\_\_\_\_  
cena de Embarcation \_\_\_\_\_  
y fecha \_\_\_\_\_  
con solo Diploma para ion election legitima  
NOMBRE \_\_\_\_\_  
al fello \_\_\_\_\_ del Libro No.

## El Falso

### Fi. Results to be Reported

Al Gobernador del Departamento de Alhulio.

### Synthesis to Exercise

Parranquillo. Enero 01/88.

Registarska kupa št. No. 10.816

FD-350 No. 55 =

Roll No. 165 1

Til Detlevs søn, ...

Parasquillo, \_\_\_\_\_

Ministère de Saint-Pierre

Professione, Matrimonio e Qualifiche

Resonance of Ulster gave distinct legation

dated 7 inst                     .



# UNIVERSIDAD LIBRE

SECCIONAL DEL ATLANTICO

FACULTAD DE MEDICINA

DECANATURA



BARRANQUILLA  
CARRERA 46 No. 48-170  
TELEGRAFO: UNILIBRE  
TELEFONO: 415-109  
A. AEREO 1752

ACTA DE GRADO No. 716

Decima Promoción 1.986

Graduación, Agosto 1º de 1.986  
Ceremonia Solemne.

En la ciudad de Barranquilla a los 1 días del mes de Agosto de 1.986, se instaló en el Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad Libre de Colombia- Seccional del Atlántico, aprobada mediante Resolución No. 2519 de Diciembre 16 de 1.983, del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), el Honorable Consejo Directivo, y considerando que el alumno:

BATISTA BARROS ANTONIO MARIA C.C. No. 8.670.720 de Barranquilla

llenó previamente todos los requisitos que las normas legales y los reglamentos de la Universidad exigen, resuelve otorgarle el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

según las disposiciones vigentes.

El Secretario dió lectura a las calificaciones obtenidas durante seis (6) años de estudio y el promedio obtenido fué aprobado así:

TRES, SEIS, CERO (3.60)

El Rector de la Universidad Libre de Colombia, Doctor ADALBERTO BELTRAN CLAVIJO, en nombre de la República de Colombia y de la Universidad, por el Ministerio de la Ley, toma el juramento de rigor y hace entrega del respectivo diploma.

En testimonio de todo lo expuesto, se firma la presente Acta por los que en ella han intervenido,

Decano (Fdo) DR. ANTONIO BELTRAN GALINDO

y Secretario Académico (Fdo) DR. RICARDO SAAD ISSA

Es fiel copia del original.







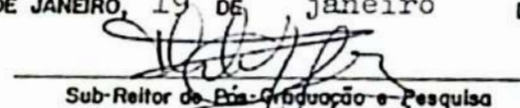
# UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

## CERTIFICADO

O Sub-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro certifica que **ANTONIO MARIA BATISTA BARROS** concluiu, com aproveitamento o **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO em CIRURGIA GERAL** realizado pela **FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS** no período de **01 de março de 1989 a 30 de março de 1991**

RIO DE JANEIRO, 19 DE janeiro DE 1993

  
Diretor do Centro Setorial

  
Sub-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

  
Diretor da Unidade

  
ALUNO

# MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número 15779

2 OCT 1988

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

## CONSIDERANDO:

Que ANTONIO MARIA BATISTA BARROS con cédula de ciudadanía número 8.670.720 de BARRANQUILLA ha solicitado el registro de su TITULO De MEDICO Y CIRUJANO  
Que le otorgó LA UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL DEL ATLANTICO  
El 1 DE AGOSTO DE 1.986  
Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de ATLANTICO  
Al folio 165 del Libro 55 de 21 DE ENERO DE 1.988  
Que CUMPLIO EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN LA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

## RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a ANTONIO MARIA BATISTA BARROS  
para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO  
en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

## COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

  
GABRIEL PONTÓN LAVERDE  
Director Vigilancia y Control



  
JUDITH GUZMÁN PARRA  
Jefe Sección Profesiones



RESOLUCION No. 0989 DE 19

( 25 ABR. 1995 )

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior

**EL SECRETARIO GENERAL del****INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR**

en uso de la delegación de funciones conferidas por la Resolución 0317 del 20 de febrero de 1995 y en especial de las atribuciones conferidas por la ley 30 de 1992 y el decreto 2589 de 1993, y

**C O N S I D E R A N D O :**

Que ANTONIO MARIA BATISTA BARROS, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 8.670.720 de Barranquilla (Atlántico), presentó ante este Instituto el título de ESPECIALIZACAO EM CIRURGIA GERAL, otorgado el 19 de enero de 1993, por LA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro, Brasil para su convalidación, registro y posterior inscripción;

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 1 de agosto de 1986, por la Universidad Libre, Barranquilla, Colombia.

Que los estudios fueron evaluados:

Que el convalidante cumplió con las rotaciones fijadas como requisito previo para la respectiva convalidación;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;



Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a  
ANTONIO MARIA BATISTA BARROS

## RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de ESPECIALIZACAO EM CIRURGIA GERAL, otorgado el 19 de enero de 1993, por LA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Rio de Janeiro, Brasil, a ANTONIO MARIA BATISTA BARROS, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 8.670.720 de Barranquilla (Atlántico), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL, que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- Ordenar a la Oficina de Relaciones Internacionales de este Instituto, el registro de dicho título y para tal efecto preséntese el original del diploma.

ARTICULO TERCERO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición en la vía gubernativa, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los

25 ABR. 1995

ORIGINAL FIRMADO POR:

PATRICIA LINARES PRIETO

PATRICIA LINARES PRIETO  
Secretario General

EDUARDO NORIEGA DE LA HOZ  
Subdirector General Jurídico

JORGE MIGUEL MAGDANIEL ROSADO  
Jefe Oficina de Relaciones  
Internacionales



*r.b. Ayuso*

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2025-07-30—4:59:19 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles            |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|---------------------|
| CC                  | 8670720             | ANTONIO       | MARIA          | BATISTA         | BARROS           | Vigente                | <a href="#">Ver</a> |

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) ANTONIO MARIA BATISTA BARROS identificado(a) con CC 8670720 registra La siguiente información:

2025-07-30—4:59:19 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora       |
|---------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| ESP           | Extranjero              | Cirugía General       | 1995-04-25                               | 79648               | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| UNV           | Local                   | MEDICINA              | 1988-10-21                               | 15779               | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación           | Fecha Inicio | Fecha Fin  | Modalidad Prestación                                             | Programa Prestación | Entidad Reportadora       |
|-----------------|-----------------------|----------------------------|--------------|------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Presto SSO      | Local                 | COLOMBIA MAGDALENA CIÉNAGA | 1986-12-02   | 1987-12-02 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina            | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

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)





**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA  
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**

Otorga el presente certificado a

**ANTONIO MARIA BATISTA BARROS**

**C.C. 8.670.720**

Por haber asistido y aprobado el curso:

*Formación continua en*  
**MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO**

Realizado del 16 al 19 de Octubre del 2024,  
con una intensidad horaria de 40 horas.

El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,  
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.

Javier Alfaro Roa  
DIRECTOR ACCESS SANTA MARTA

info@access.com.co 318 5954676 / 420 8583





# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

## ANTONIO MARIA BATISTA BARROS

### C.C. 8.670.720

por haber asistido y aprobado el curso:

## REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP) BAJO LINEAMIENTOS GUIA AHA - SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado del 1 al 4 de Diciembre de 2024,

Con una intensidad de 48 horas.

El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la American Heart Association 2020

Organismo que establece los parámetros de reanimación.

El curso sigue lineamientos de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.

Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa  
DIRECTOR ACCESS



# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

## ANTONIO MARIA BATISTA BARROS

### C.C. 8.670.720

por haber asistido y aprobado el curso:

## REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP) BAJO LINEAMIENTOS GUIA AHA - SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Realizado del 1 al 4 de Diciembre de 2024,

Con una intensidad de 40 horas.

El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la American Heart Association 2020

Organismo que establece los parámetros de reanimación.

El curso sigue lineamientos de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.

Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa  
DIRECTOR ACESS





# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

## ANTONIO MARIA BATISTA BARROS

### C.C. 8.670.720

Por haber asistido y aprobado el curso:

**GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**  
CURSO ONLINE

Realizado del 14 al 18 de Noviembre del 2024,  
con una intensidad horaria de 60 horas.

El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,  
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.

Javier Alfaro Roa  
DIRECTOR ACCESS SANTA MARTA





ACESS

En colaboración con



Otorga el presente certificado a

**ANTONIO MARIA BATISTA BARROS**

**C.C. 8.670.720**

por haber asistido y aprobado el curso:

*Humanización en Servicios de Salud  
y Gestión del Duelo*

Realizado del 25 al 27 de Noviembre del 2024,  
con una intensidad horaria de 60 horas.

El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,  
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.

Javier Alfaro Roa  
DIRECTOR ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

☎ 318 5954676 / 420 8583 ✉ info@acess.com.co 🌐 www.acess.com.co





# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

**ANTONIO MARIA  
BATISTA BARROS**

**C.C. 8.670.720**

Por haber asistido y aprobado el curso:



ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES  
CON AGENTES QUÍMICOS Y EXPOSICIÓN  
A SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS  
DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472

Realizado del 26 al 29 de Noviembre de 2024,  
con una intensidad de 40 horas.

El curso cumple con lo exigido en la Res. 3100 de 2019, bajo estándares internacionales NFPA 472.  
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa  
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA





ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA  
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL



Otorgan el presente certificado a :

**ANTONIO MARIA BATISTA BARROS**

**C.C. 8.670.720**

por haber asistido y aprobado el curso:

**AIEPI CLÍNICO Y COMUNITARIO**

*— Curso de Vida —*

Quien cumplió satisfactoriamente con la temática y práctica del curso.  
Realizado en la ciudad de Santa Marta del 8 al 11 de Noviembre de 2024,

con una intensidad horaria de 40 horas.

El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,  
en la ley 1804 y el plan nacional de salud pública.

Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.



Javier Alfaro Roa  
DIRECTOR ACCESS

Johana Katherine Molina Muñoz  
COORDINADORA DE PROGRAMA

- [www.acess.com.co](http://www.acess.com.co) -





**ACCESS**

# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

**ANTONIO MARIA BATISTA BARROS**

**C.C. 8.670.720**

por haber asistido y aprobado el curso:

**Atención Integral en Salud a Víctimas  
de Violencia Sexual y de Género.**

Realizado del 7 al 10 de Diciembre del 2024,

con una intensidad horaria de 40 horas.

El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019, y lo exigido en  
la ley 1146 del 2007 y Res. 0459

Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.

Javier Alfaro Roa  
DIRECTOR ACCESS

Regina Ortega Gual  
PSICOLOGA

Alfredo Bolívar Tavera  
MEDICO PERITO



# SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

UNION

2. CATEGORIA

3. CATEGORIA

Al solicitar esta nota  
necesitas el número  
la fecha de presen-  
ta y indicar la  
dirección

NUMERO

DECLARACION

Que el doctor ANTONIO MARIA BATISTA BARROS, fue nombrado para desempeñar el cargo de Médico Rural, en la plaza correspondiente al Centro de Salud de Palmer, de conformidad con la resolución de nombramiento No. 1447 del 26 de noviembre de 1986, expedida por la Jefatura de esta Entidad.

Que el nombrado desempeñó el cargo desde el 2 de diciembre de 1986 hasta el 2 de diciembre de 1987, y cumplió con los programas y actividades que le fueron encomendados por el Hospital San Cristóbal de Ciénaga y esta Entidad.

Que el cargo y localidades antes señalados son válidos para la prestación del Servicio Social Obligatorio en Medicina.

Que en consecuencia el doctor ANTONIO MARIA BATISTA BARROS, ha cumplido con el requisito del Servicio Social Obligatorio, en Medicina, al tenor de la Ley 52 de 1964, sus Decretos reglamentarios y la resolución No. 1938 del 16 de diciembre de 1971.

Dada en Santa Marta, a los 13 días del mes de enero de 1988.

*[Firma]*  
Jefe de Servicio Social Obligatorio  
Servicio de Salud del Magdalena  
C.O. 13-1988-136 de 13/01/88

*[Firma]*  
CARMEN BLAZQUEZ DE GONZALEZ  
Jefe División Atención Médica  
13-1988-136 de 13/01/88

*[Firma]*  
C.O. 13-1988-136

*[Firma]*  
C.O. 13-1988-136



**COOPSURT CEA**

COOPERATIVA SUR HUILENSE DE TRABAJO ASOCIADO

"El trabajo asociado es el futuro del trabajo, fortaleciendo el desarrollo Productivo"

NIT. 813.010.757 - 9

**MARTHA LUCIA CALDERON CALDERON**, identificada con cédula de ciudadanía número 36.275.326 de Pitalito, obrando en calidad de representante legal de la **COOPERATIVA SUR HUILENSE DE TRABAJO ASOCIADO "COOPSURT"**.

### CERTIFICO

Que el señor **ANTONIO MARIA BATISTA BARROS**, identificado con cédula de ciudadanía número 8.370.720 de Ariguaní (Magdalena), estuvo vinculado a nuestra Cooperativa donde realizamos un contrato de prestación de servicio; desempeñándose en el cargo de Medico Cirujano en la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, desde el primer 1 de Julio de 2007 hasta el 31 de Diciembre de 2008. Tiempo durante el cual demostró eficiencia, colaboración y un excelente desempeño de sus funciones además de su gran espíritu de pertenencia y dedicación.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en Pitalito (Huila) a los 10 días del mes de Enero de 2009.

  
**MARTHA LUCIA CALDERON CALDERON**  
Gerente

ELABORADO

CALLE 3 N° 7 - 66

TEL. 836 7579

PITALITO (HUILA)

CELULAR 315 345 30 65



## Clínica SaludCoop Apartadó

Apartadó, 04 de Noviembre de 2009

### La Clínica Saludcoop Apartadó

El Dr Antonio Maria Batista Barro, identificado con CC 8670720, trabajó en nuestra institución desde el 2 de marzo de 2009, hasta la fecha, desempeñando el cargo de cirujano general. Oficio que realizó a cabalidad, con un excelente desempeño y una gran calidad humana en la atención de nuestros pacientes.

Durante su estancia en nuestra clínica demostró su capacidad y experticia en la realización de los procedimientos quirúrgicos que se programaron en nuestras salas de cirugía.

Tuvo una excelente relación con el equipo de trabajo, enfermeras, médicos y especialistas, además del personal administrativo.

Atentamente,



Alexander Arbeláez H.  
Coordinador Clínica Saludcoop  
Apartadó

DOCTOR  
ALEXANDER ARBELAEZ HINCA  
C.C. 71.750.416  
REGISTRO  
51836-00

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**  
**CONVENIO SCARE**

|                                                                |                                                                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTA, D.C.                           | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93                                                                                                                         | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACION               | POLIZA No.<br>62-03-101059438                                                                                  | ANEXO No.<br>4 |
| TOMADOR<br>DIRECCION<br>ASEGURADO<br>DIRECCION<br>BENEFICIARIO | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE<br>CR 15 A NRO. 120 - 74<br>ANTONIO MARIA BATISTA BARROS<br>CRA 56 # 81-80 APT 201<br>TERCEROS AFECTADOS |                                                         | NIT<br>TELEFONO<br>CC<br>TELEFONO<br>NIT                                                                       |                |
|                                                                |                                                                                                                                                                    | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT<br>BARRANQUILLA, ATLANTICO | 860.020.082-1<br>6196077<br>8.670.720<br>3126591249<br>0-0                                                     |                |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>20 / 01 / 2026               | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)<br>20 / 01 / 2026<br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)<br>20 / 01 / 2027                                                    |                                                         | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)<br>20 / 01 / 2026<br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)<br>20 / 01 / 2027 |                |
| INTERMEDIARIO<br>AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA                 | CLAVE<br>72960                                                                                                                                                     | % PARTICIPACION<br>100.00                               | COASEGURO CEDIDO<br>COMPañIA<br>% PARTICIPACION                                                                |                |

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CIRUJANO GENERAL

|                       |                                   |                     |         |           |
|-----------------------|-----------------------------------|---------------------|---------|-----------|
| DESCRIPCION           | AMPAROS                           | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLIMITE |
| PERJUICIO PATRIMONIAL |                                   | \$ 1,700,362,000.00 |         |           |
|                       | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | \$ 1,700,362,000.00 |         |           |

DEDUCIBLES: ° 700,362,000.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,700,362,000.00 | PRIMA:         | \$ *****463,294.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO |                          | IVA:           | \$ *****88,025.00  |
|                       |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****551,319.00 |

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 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: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

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



(415)7709998021167(8020)11021103758082(3900)000000551319(96)20270120

REFERENCIA  
PAGO:  
1102110375808-2

SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
62-03-101059438

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR



**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**  
**CONVENIO SCARE**

|                                                                          |                                                   |                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br><b>BOGOTA, D.C.</b>                              | SUCURSAL<br><b>AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93</b> | TIPO DE MOVIMIENTO<br><b>ANEXO DE RENOVACION</b>                                                                        | POLIZA No.<br><b>62-03-101059438</b>       | ANEXO No.<br><b>4</b>                                                                                                  |
| TOMADOR <b>SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE</b> |                                                   |                                                                                                                         | NIT <b>860.020.082-1</b>                   |                                                                                                                        |
| DIRECCION <b>CR 15 A NRO. 120 - 74</b>                                   |                                                   |                                                                                                                         | CIUDAD <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT</b> | TELEFONO <b>6196077</b>                                                                                                |
| ASEGURADO <b>ANTONIO MARIA BATISTA BARROS</b>                            |                                                   |                                                                                                                         | CC <b>8.670.720</b>                        |                                                                                                                        |
| DIRECCION <b>CRA 56 # 81-80 APT 201</b>                                  |                                                   |                                                                                                                         | CIUDAD <b>BARRANQUILLA, ATLANTICO</b>      | TELEFONO <b>3126591249</b>                                                                                             |
| BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>                                   |                                                   |                                                                                                                         | NIT <b>0-0</b>                             |                                                                                                                        |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br><b>20 / 01 / 2026</b>                  |                                                   | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>20 / 01 / 2026</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>20 / 01 / 2027</b> |                                            | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>20 / 01 / 2026</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>20 / 01 / 2027</b> |
| INTERMEDIARIO<br><b>AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA</b>                    |                                                   | CLAVE<br><b>72960</b>                                                                                                   | % PARTICIPACION<br><b>100.00</b>           | COMPañIA<br><b>COASEGURO CEDIDO</b><br>% PARTICIPACION                                                                 |
| CLIENTE                                                                  |                                                   |                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                        |

**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**

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

**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

PÁGINA WEB

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

**Seguros del Estado**  
Cuenta Convenio 47189

**Seguros del Estado**  
Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ \*\*\*\*\*1,700,362,000.00

PLAN DE PAGO: CONTADO

PRIMA: \$ \*\*\*\*\*463,294.00

IVA: \$ \*\*\*\*\*88,025.00

TOTAL A PAGAR: \$ \*\*\*\*\*551,319.00

**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 **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.

CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

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](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)

| <b>FORMA DE PAGO</b> |            |       |
|----------------------|------------|-------|
| BANCO                | CHEQUE No. | VALOR |
|                      |            |       |
|                      |            |       |
| <b>EFFECTIVO</b>     |            |       |
| <b>CHEQUE</b>        |            |       |
| <b>TOTAL \$</b>      |            |       |



(415)7709998021167(8020)11021103758082(3900)000000551319(96)20270120

REFERENCIA  
PAGO:  
**1102110375808-2**

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

|                                |                                                           |        |                              |                     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|------------------------------|---------------------|
| SUCURSAL                       | TIPO DE MOVIMIENTO                                        |        | POLIZA No.                   | ANEXO No.           |
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | ANEXO DE RENOVACION                                       |        | 62-03-101059438              | 4                   |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |        | NIT                          | 860.020.082-1       |
| DIRECCION                      | CR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6196077    |
| ASEGURADO                      | ANTONIO MARIA BATISTA BARROS                              |        | CC                           | 8.670.720           |
| DIRECCION                      | CRA 56 # 81-80 APT 201                                    | CIUDAD | BARRANQUILLA, ATLANTICO      | TELEFONO 3126591249 |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        |        | NIT                          | 0-0                 |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR/ASEGURADO: ASEGURADO: SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION S.C.A.R.E./ANTONIO MARIA BATISTA BARROS

No. DE IDENTIFICACION: 860.020.082-1/8670720

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:DESDE LAS 24 HORAS DEL 20/01/2026 HASTA LAS 24 HORAS DEL 20/01/2027

SINIESTRALIDAD:NO

BASE DE COBERTURA:  
CLAIMS MADE - hechos ocurridos durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (desde las 24 horas del 20/01/2022), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (si es contratado) Siempre que el asegurado haya tenido poliza bajo esta misma modalidad durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado. En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

CONDICIONADO  
GENERAL:FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I  
En adicion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

NOTA TECNICA:                   FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-E0-GD-01

LIMITE ASEGURADO, DEDUCIBLE Y PRIMA:

GRUPO 1  
PRIMERA CONDENA  
PRIMA ANTES DE IVA: \$ 463.294  
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: \$ 1.000.000.000  
DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 400 SMMLV: \$ 700.362.000  
VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA: \$ 1.700.362.000  
SEGUNDA CONDENA EN ADELANTE:  
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: \$ 500.000.000  
DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 200 SMMLV: \$ 350.181.000

ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA:CIRUJANO GENERAL

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite 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 a terceros siempre que los hechos hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (si es contratado), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza. (Siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.



# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE

|                                |                                                           |                                     |                 |               |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------|
| SUCURSAL                       | TIPO DE MOVIMIENTO                                        |                                     | POLIZA No.      | ANEXO No.     |
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | ANEXO DE RENOVACION                                       |                                     | 62-03-101059438 | 4             |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                                     | NIT             | 860.020.082-1 |
| DIRECCION                      | CR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO        | 6196077       |
| ASEGURADO                      | ANTONIO MARIA BATISTA BARROS                              |                                     | CC              | 8.670.720     |
| DIRECCION                      | CRA 56 # 81-80 APT 201                                    | CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO      | TELEFONO        | 3126591249    |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        |                                     | NIT             | 0-0           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.

PARAGAF0: 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.

#### 2. EXTENSIONES COBERTURA BASICA

Con sujecion a los terminos y condiciones de este seguro, la cobertura basica se extiende a cubrir los perjuicios ocasionados a pacientes del ASEGURADO y/o terceros, a consecuencia de:

##### 2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de Este.

No obstante, lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capítulo 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.

#### LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.

AMPARO BASICO AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: Hasta 100%

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: Hasta 100%

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: Hasta 100%

DEDUCIBLES: 400 SMLV

#### PRIMA VIGENCIA

(IVA INCLUIDO):\$ 551.319

#### EXCLUSIONES:

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:

#### 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.

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.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                       | TIPO DE MOVIMIENTO                                        |                                     | POLIZA No.      | ANEXO No.     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | ANEXO DE RENOVACION                                       |                                     | 62-03-101059438 | 4             |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                                     | NIT             | 860.020.082-1 |
| DIRECCION                      | CR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO        | 6196077       |
| ASEGURADO                      | ANTONIO MARIA BATISTA BARROS                              |                                     | CC              | 8.670.720     |
| DIRECCION                      | CRA 56 # 81-80 APT 201                                    | CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO      | TELEFONO        | 3126591249    |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        |                                     | NIT             | 0-0           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

- 3.Responsabilidad de otros profesionales de la salud o talento humano en salud, por la prestacion de sus servicios en el consultorio o en los predios del asegurado.
- 4.Perjuicios causados por la prestacion de servicios de salud por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o actividad de la salud o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.
- 5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcoholicas, intoxicantes, alucinogenas o narcoticas.
- 6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -Invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
- 7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
- 8.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos y no quirurgicos de tipo estetico y/o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de 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 inviable su vida, certificada por un medico.
- III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de Ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.
- IV-Cuando la voluntad de la mujer sea la interrupcion del embarazo (IVE) hasta las 24 semanas de gestacion, sin aducir causal especifica.
- 11.Responsabilidad civil profesional por emision de dictámenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente.
- 12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo vih (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.
- 13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, sanciones de caracter administrativo o daños punitivos.
- 14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.
- En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.
- Esta exclusion no aplica cuando el profesional o talento humano de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.
- 15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.
- 16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando Esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de la salud acreditados para este fin.
- 17.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.
- 18.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente no justificada de acuerdo con la ley.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                       | TIPO DE MOVIMIENTO                                        |                                     | POLIZA No.      | ANEXO No.     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | ANEXO DE RENOVACION                                       |                                     | 62-03-101059438 | 4             |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                                     | NIT             | 860.020.082-1 |
| DIRECCION                      | CR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO        | 6196077       |
| ASEGURADO                      | ANTONIO MARIA BATISTA BARROS                              |                                     | CC              | 8.670.720     |
| DIRECCION                      | CRA 56 # 81-80 APT 201                                    | CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO      | TELEFONO        | 3126591249    |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        |                                     | NIT             | 0-0           |

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

En caso de abandono y/o negativa de atencion justificada conforme a la ley, SEGURESTADO respaldara al asegurado Unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

19.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos o perjuicios por el suministro de drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.

20.Violacion del secreto profesional.

21.Perdidas ocasionadas por una falla en el reconocimiento electronico de fechas y horas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

23.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

24.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.

25.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.

26.Actos medicos indirectos, y los denominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia.

27.Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o características distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

28.Filtraciones contaminantes o residuos patologicos, incluyendo los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.

29.Daños originados o relacionados con organismos patogenos, conforme su definicion 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 aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. En todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.

31.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (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 dichos servicios por la autoridad competente en Colombia.

32.Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.

33.Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

34.Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.

35.Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier entidad, cuando los perjuicios que se le reclaman provengan de dicha actividad como miembro de junta directiva

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

I-Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasion, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones belicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelion, revolucion, insurreccion, o conmocion civil alcanzando la proporcion de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.

II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

37.Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.



# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE

|                                |                                                           |                 |                              |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|
| SUCURSAL                       | TIPO DE MOVIMIENTO                                        | POLIZA No.      | ANEXO No.                    |
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | ANEXO DE RENOVACION                                       | 62-03-101059438 | 4                            |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE | NIT             | 860.020.082-1                |
| DIRECCION                      | CR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD          | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT |
| ASEGURADO                      | ANTONIO MARIA BATISTA BARROS                              | CC              | 8.670.720                    |
| DIRECCION                      | CRA 56 # 81-80 APT 201                                    | CIUDAD          | BARRANQUILLA, ATLANTICO      |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        | TELEFONO        | 3126591249                   |
|                                |                                                           | NIT             | 0-0                          |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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:

I-La accion de energIa atomica.

II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.

III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

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 geograficas, 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 danos 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, subido e imprevisto.

45.El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, as 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 disentiimiento 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.

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 SEGUERSTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

56.Gastos judiciales y/o gastos de defensa por cualquier causa.

57.La responsabilidad Civil Extracontractual de predios, labores y operaciones.

58.Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                       | TIPO DE MOVIMIENTO                                        | POLIZA No.      | ANEXO No.                    |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | ANEXO DE RENOVACION                                       | 62-03-101059438 | 4                            |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE | NIT             | 860.020.082-1                |
| DIRECCION                      | CR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD          | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT |
| ASEGURADO                      | ANTONIO MARIA BATISTA BARROS                              | CC              | 8.670.720                    |
| DIRECCION                      | CRA 56 # 81-80 APT 201                                    | CIUDAD          | BARRANQUILLA, ATLANTICO      |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        | TELEFONO        | 3126591249                   |
|                                |                                                           | NIT             | 0-0                          |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

59.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

60.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.

61.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.

62.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.

63.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.

64.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.

65.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.

66.EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: El seguro provisto por este acuerdo no se aplica a perdidas o gastos que surjan o contribuyan a uno o mas de los siguientes casos:

1. Perdida, alteracion o daño a, corrupcion o reduccion de la funcionalidad, disponibilidad u operacion de cualquier computadora, sistema informatico, sitio web o cualquier otro sistema electronico de datos, hardware, proceso, programa, software, datos, deposito de informacion, microchip, circuito integrado o dispositivo similar en equipos informaticos o no informaticos, ya sea propiedad del asegurado en la poliza del reasegurado o no;

2. Cualquier acceso o divulgacion de informacion confidencial, personal, de propiedad u otra informacion no publica de cualquier persona u organizacion en cualquier forma registrable, incluidos, entre otros, los gastos asociados con la notificacion, reparacion, mitigacion o prevencion de una violacion de seguridad; o,

3. Amenazas de extorsion, fraude y robo que involucren cualquier computadora, sistema informatico, software, proceso o programa informatico, sitio web o cualquier otro sistema de datos electronicos o cualquier informacion confidencial, personal, privada u otra informacion no publica.

65. Exclusion de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: SEGURESTADO 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 tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:

a.un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o

b.la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o

2.el incumplimiento del Asegurado de seguir un plan de gestion de crisis que aborde los pasos mencionados en (i) arriba; 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;

### DEFINICIONES:

VALOR ASEGURADO: La definicion del numeral 8 VALOR ASEGURADO en la Seccion III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I, se modifica y queda asi para la presente poliza:

VALOR ASEGURADO O LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA Es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado y corresponde a la maxima responsabilidad de SEGURESTADO en caso de existir lugar a una indemnizacion por uno o mas eventos amparados a la luz del contrato de seguros.

### LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO:

a)Para la primera condena en cabeza del asegurado el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado.

b)En el evento en que con la primera indemnizacion no se agote el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA, para las condenas sucesivas en cabeza del asegurado se establece como LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO el establecido en el cuadro de tarifas ANEXO 2 de este convenio, sin que en ningun caso se exceda del LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA.

SINIESTRO: La definicion del numeral 5 SINIESTRO en la Seccion III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I, se modifica y queda as para la presente poliza:

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                       |                                                           | TIPO DE MOVIMIENTO  |                              | POLIZA No.      |               | ANEXO No. |  |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|-----------------|---------------|-----------|--|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 |                                                           | ANEXO DE RENOVACION |                              | 62-03-101059438 |               | 4         |  |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                     |                              | NIT             | 860.020.082-1 |           |  |
| DIRECCION                      | CR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD              | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO        | 6196077       |           |  |
| ASEGURADO                      | ANTONIO MARIA BATISTA BARROS                              |                     |                              | CC              | 8.670.720     |           |  |
| DIRECCION                      | CRA 56 # 81-80 APT 201                                    | CIUDAD              | BARRANQUILLA, ATLANTICO      | TELEFONO        | 3126591249    |           |  |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        |                     |                              | NIT             | 0-0           |           |  |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SINIESTRO: Para los efectos de este seguro, se entiende por siniestro el acto erroneo por el cual se imputa responsabilidad civil profesional al asegurado, acaecido en forma accidental, subita e imprevista que haya causado un daño material, lesion personal y/o muerte, generador de perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, ocurridos durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (desde el inicio de afiliacion del correspondiente afiliado activo solidario a S.C.A.R.E, siempre que el profesional asegurado haya tenido poliza bajo esta misma modalidad durante dicho periodo de retroactividad) sin que exista periodo de interrupcion en la vigencia de la poliza y cuyas consecuencias juridicas sean reclamadas al asegurado y al asegurador, por vía judicial o extrajudicial durante la vigencia de la poliza.

Asi mismo, la serie de actos erroneos que son o estan temporal, logica o causalmente relacionados por cualquier hecho, circunstancia, situacion o evento, se consideraran parte de un mismo siniestro y constituiran un solo y unico daño y/o costo sin importar el numero de reclamantes y/o reclamaciones formuladas.

AMBITO TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION APLICABLE:Colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:

-FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: De contado a la entrega la poliza.

-S.C.A.R.E sin costo alguno y bajo su propia responsabilidad, asumira la asistencia y defensa jurrdica por reclamaciones judiciales y extrajudiciales a traves de su equipo juridico del profesional de la salud asegurado bajo esta poliza, si asi lo consiente el profesional de la salud, siempre que el hecho por el cual se reclama haya ocurrido durante la vigencia de la poliza o en el periodo de retroactividad (si es contratado), lo anterior en un todo bajo el reglamento FEPASDE.

-Terminos y Condiciones sujeto a confirmacion escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los ultimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo secuestro de Historias Clinicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.

-PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACION PARA EVENTOS OCURRIDOS DENTRO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD CONTRATADO (APLICA PARA SUBLIMITE CLAIMS MADE): 12 o 24 meses Igualdad de terminos y condiciones con pago del 100% para 12 meses, y de 150% para 24 meses, de la Ultima prima pagada. La presente clausula otorga a la entidad tomadora de la poliza, en caso de revocacion o no renovacion por parte de la aseguradora y siempre que la poliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo 12 o 24 meses (de acuerdo a lo contratado por el cliente), la cobertura para las reclamaciones iniciadas contra el asegurado que Este no conozca, por primera vez con posterioridad a la expiracion de la vigencia de la poliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en eventos adversos cuya responsabilidad sea imputable al asegurado ocurridos exclusivamente durante el periodo de retroactividad pactado. A fin de obtener el endoso para la extension para la denuncia de reclamos el asegurado debera hacer lo siguiente:

-Someter por escrito su solicitud al asegurador

-Enviar dicha solicitud dentro de los 30 dIas anteriores a la finalizacion de la presente cobertura

-Determinar el termino de tiempo deseado para la extension, ya sea por un periodo de 1 o 2 años.

-Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

El asegurador mantendra vigente el endoso hasta cuando se agote la suma asegurada contratada para la Ultima vigencia de la poliza, o se agote el periodo del endoso, cualquiera que suceda primero.

Prima a pagar cuando se otorgue el perIodo adicional para notificaciones, conforme con las condiciones generales de la poliza.



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

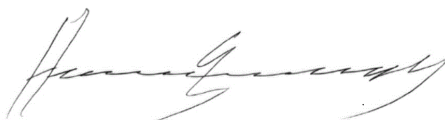
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sabado 31 de enero de 2026, a las 16:55:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 8670720              |
| Código de Verificación | 8670720250730165505  |

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. 277448418



PIB

16:53:33

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 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) ANTONIO MARIA BATISTA BARROS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 8670720:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamento con el Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:55:56 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **8670720**

Apellidos y Nombres: **BATISTA BARROS ANTONIO 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](mailto:dijin.araic-atc@policia.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 16:58:23 horas del **30/01/2026**, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **8670720**, Apellidos y Nombres **BATISTA BARROS ANTONIO MARIA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA**, con NIT **800130625-2** 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.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN  
CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

🕒 **Horario:** Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm  
📍 **Dirección:** Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
☎ **Teléfonos:** 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)  
✉ **Correo:** [dijin.araic-atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)  
🌐 **Web:** [www.policia.gov.co/dijin](http://www.policia.gov.co/dijin)  
📷 **Instagram:** [/djinpolicia](https://www.instagram.com/djinpolicia)  
🐦 **Twitter:** [@DIJINPolicia](https://twitter.com/DIJINPolicia)



[Presidencia de la República](#)



[Ministerio de Defensa Nacional](#)



[Colombia compra eficiente](#)



[GOV.CO](#)



REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

COLEGIO PROFESIONAL DE MEDICOS

Sección de Medicina

*Antonio Batista Barros*

ANTONIO BATISTA BATISTA BARROS

C 8670720 BARRANQUILLA

LIBRE ATLANTICO BARRANQUILLA

14611/ 04/24/96

REPUBLICA DE COLOMBIA

*13100001*

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO N° 1455 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD





CENTRO DE REHABILITACION EN LA ATENCION FISICA Y CONSULTORIA  
ABIMAE CAHUANA, CRAFAC IPS SAS

COD. 01  
VERSION: 001  
01/08/2023

EXAMENES PREOCUPACIONALES

RES. 3149 08/2023

Nit. 901685144-1

DATOS DEL PACIENTE:

Fecha: 24/12/2025 Empresa: Particular

Nombre: Antonio Maria Batista Barro

Cargo: Cirujano General

Doc.: CC. 8670720



☒ INGRESO  
☐ PERIODICO  
☐ RETIRO

Se practicaron los siguientes exámenes paraclínicos.

|    |                  |                  |
|----|------------------|------------------|
|    | 1. Examen Físico | 2. Examen Médico |
| 3. | 4.               | 5.               |
| 6. | 7.               | 8.               |

| Examen de ingreso                                                    | Si | No | No aplica | Falta informacion | Examen periodico               | Si | No |
|----------------------------------------------------------------------|----|----|-----------|-------------------|--------------------------------|----|----|
| Apto para cargo                                                      | X  |    |           |                   |                                |    |    |
| Aplazado                                                             |    |    | X         |                   |                                |    |    |
| Apto con restricciones                                               |    |    | X         |                   |                                |    |    |
| Apto para trabajar en alturas                                        |    |    | X         |                   |                                |    |    |
| Apto para trabajar en espacios confinados                            |    |    | X         |                   |                                |    |    |
| Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido |    |    | X         |                   |                                |    |    |
| Apto para participar en brigada                                      | X  |    |           |                   |                                |    |    |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista     | X  |    |           |                   |                                |    |    |
|                                                                      |    |    |           |                   | Examen de retiro               | Si | No |
|                                                                      |    |    |           |                   | Sospecha de enfermedad laboral |    |    |
|                                                                      |    |    |           |                   | Secuelas de accidente          |    |    |
|                                                                      |    |    |           |                   | Enfermedad común               |    |    |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

|        |          |              |                |             |            |       |
|--------|----------|--------------|----------------|-------------|------------|-------|
| Visual | Auditivo | Respiratorio | Cardiovascular | Psicosocial | Ergonomico | otros |
|--------|----------|--------------|----------------|-------------|------------|-------|

OBSERVACIONES:

|          |    |    |     |    |    |     |    |    |
|----------|----|----|-----|----|----|-----|----|----|
| REMISION | SI | NO | ARL | SI | NO | EPS | SI | NO |
|----------|----|----|-----|----|----|-----|----|----|

Los datos fueron consignados al informe de vigilancia osteo muscular que reposará en nuestros archivos

Maria Ardila Orozco  
Médico Laboral  
RM 15902018.

**CRAFAC IPS**  
Nit: 901685144-1  
Cra. 21 No. 7-55 Ciénaga Magd.  
Cel. 313 746 6221

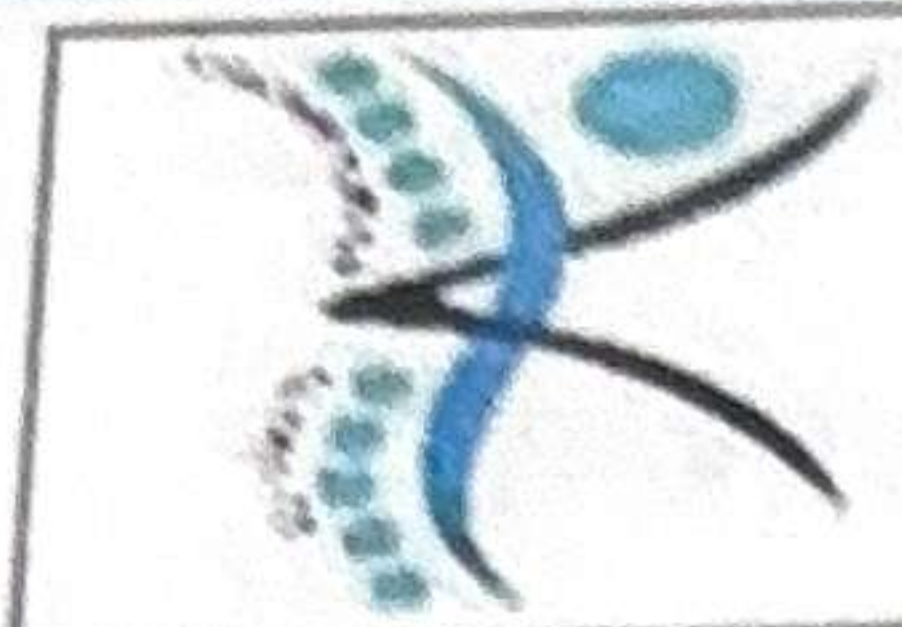


3137466221

Carrera 21# 7 – 55 Loma Fresca

CENTRO DE REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN FÍSICA Y CONSULTORÍA ABIMAE CAHUANA





CENTRO DE REHABILITACION EN LA ATENCION FISICA Y CONSULTORIA  
ABIMAE CAHUANA, CRAFAC IPS SAS

COD. 01  
VERSION: 001  
01/08/2023

CONCEPTO OCUPACIONAL Y RECOMENDACIONES

RES. 3149 08/2023

Nit. 901685144-1

24 de diciembre del 2025

DATOS DEL TRABAJADOR

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE AFILIADO (A)                   | Antonio María Batista Barro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| DOCUMENTO CC.                         | 8670720                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| CARGO:                                | Cirujano General                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| CONCEPTO                              | <p>Una vez finalizado el Examen de Evaluación Médica Ocupacional de Ingreso a la trabajadora y realizado un análisis exhaustivo de los requerimientos y perfiles específicos del cargo Cirujano General el cual se rige por los estándares de la empresa (o contratista), el equipo de Medicina del Trabajo se permite emitir la siguiente certificación.</p> <p>El objetivo de este dictamen es determinar la aptitud psicofísica para desempeñar de manera segura y eficiente las funciones inherentes al puesto, en conformidad con la normativa de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) vigente. Una vez realizada el examen ocupacional y analizado los requerimientos del cargo de Cirujano General nos permitimos manifestar que la trabajadora puede realizar las tareas en el cargo mencionado, o asignar las tareas que considere. La médico- ocupacionales encargada de revisar y evaluar toda la información paraclínica como indica el pie de la carta hace constar que los siguientes exámenes y certificados fueron revisados, evaluados y se considera Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista que a continuación se mencionan como son:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. EXAMEN OSTEOMUSCULAR, PRE - OCUPACIONAL</li><li>2. VISIOMETRÍA</li><li>3. EXÁMENES LABORATORIOS</li><li>4. HEPATITIS B</li><li>5. PSICOLOGÍA</li></ol> |
| TIEMPO DE VIGENCIA DE RECOMENDACIONES | 1 año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

CRAFAC IPS  
Nit: 901685144-1  
Cra. 21 No. 7-55 Ciénaga Magd.  
Cel. 313 746 6221

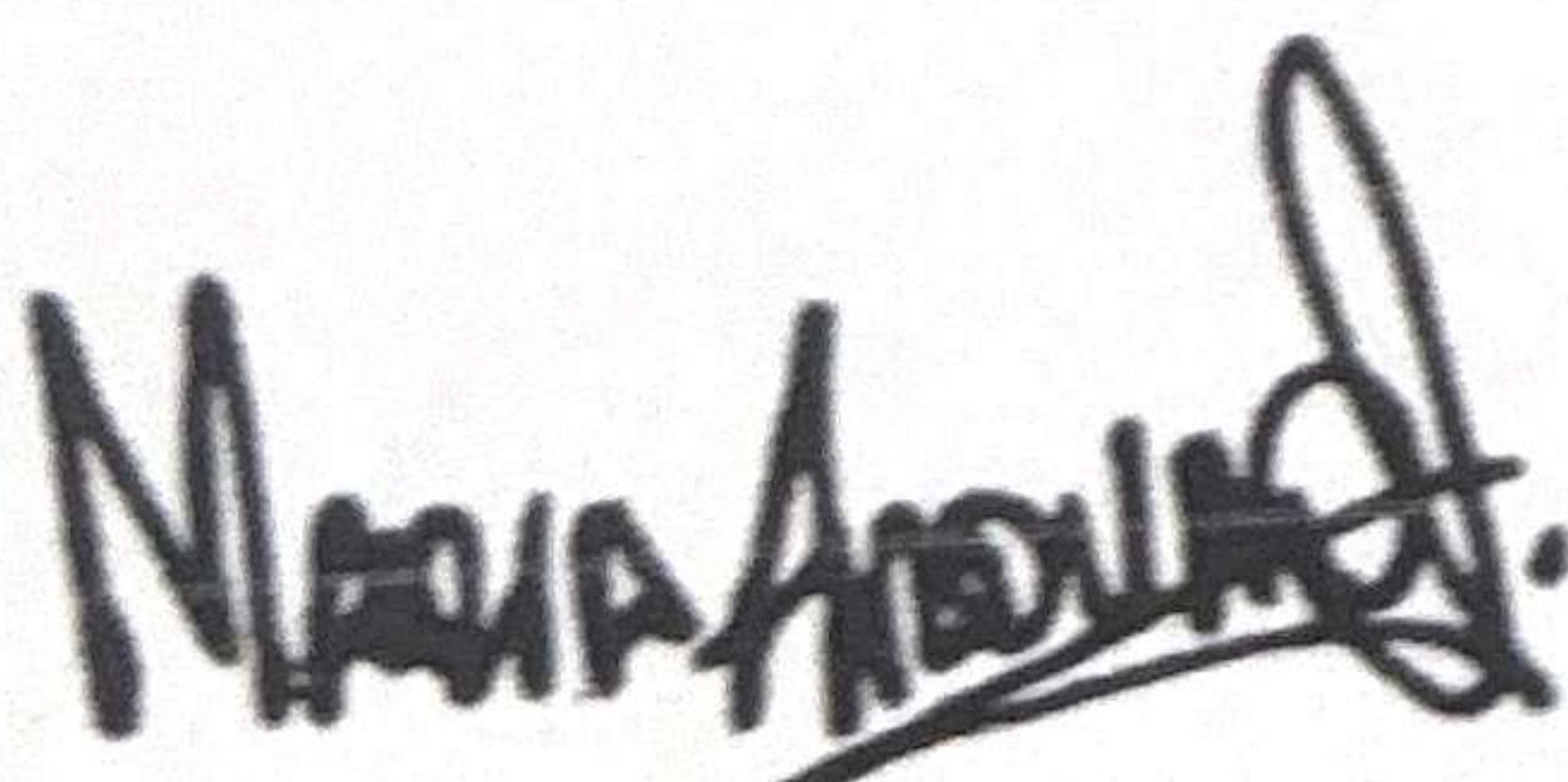


## RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

Cirujano General:

- Puede realizar actividades que no impliquen colocarse en posiciones forzadas en cuclillas o de rodillas o que involucren desplazamientos ágiles y de alto impacto como correr y saltar.
- Alternar posturas de pie y sentado durante la jornada laboral, haciendo ajustes posturales preferible cada hora, dependiendo del tipo de actividad y postura principal asumida.
- Puede subir y bajar escaleras pero que no sea continuas o repetitivas.
- Postura: Mantener una postura correcta, con la cabeza en posición vertical o ligeramente inclinada hacia adelante, y los pies apoyados en el suelo.
- Pausas: Realizar pausas periódicas y activas cada 2 horas, de 10 minutos de duración, para estirar brazos, piernas, cuello, muñecas y pies.
- Orden: Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado.
- Equipo de trabajo: Utilizar los equipos de trabajo adecuados y en condiciones de seguridad.
- Postura del ordenador: Colocar el ordenador en posición central y a la altura de los ojos.
- Ruido: Aislar el puesto de trabajo del ruido, que
- Puede alternar las tareas realizando pausas activas de 5 minutos por cada hora de labor

Cordialmente,



Maria Ardila Orozco  
Médico Laboral  
RM 15902018.

**CRAFAC IPS**

Nit: 901685144-1  
Cra. 21 No. 7-55 Ciénaga Magd.  
Cel. 313 746 6221

3137466221

CENTRO DE REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN FÍSICA Y CONSULTORÍA ABIMAEL CAHUANA



|                                                                                                       |                                                                                                 |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <br>Nit. 901685144-1 | CENTRO DE REHABILITACION EN LA ATENCION FISICA Y CONSULTORIA<br>ABIMAEL CAHUANA, CRAFAC IPS SAS | COD. 01<br>VERSION: 001<br>01/08/2023 |
|                                                                                                       | EXAMENES PARACLINICOS                                                                           | RES. 3149 08/2023                     |

## VISIONOMETRÍA

Se le realiza examen de Visiometría a la colaboradora Antonio Maria Batista Barro No de Cedula:      Edad:      **realizado el día 22 de diciembre 2025** el cual se encuentra dentro de los parámetros de su campo visual bilaterales normales sin corrección. Visión lejana y cercana

### RESULTADOS:

#### 1. Agudeza Visual (sin corrección)

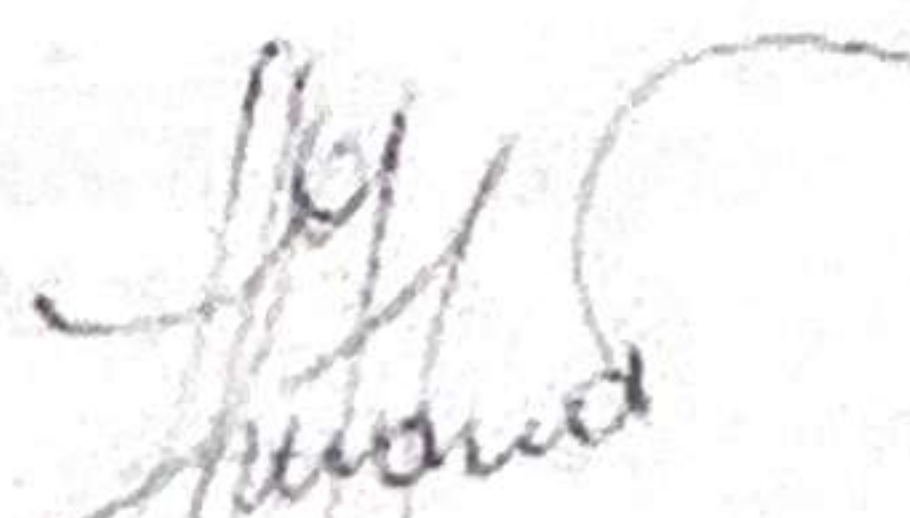
| Ojo            | sin corrección |
|----------------|----------------|
| OD (derecho)   | 20/25          |
| OI (izquierdo) | 20/25          |

#### 2. Visión de Colores (Test de Ishihara)

- Resultado: **Normal**
- Interpretación: **Normal**

Se expide examen paraclínico a los el día 22 de diciembre 2025

**CRAFAC IPS**  
 Nit: 901685144-1  
 Cra. 21 No. 7-55 Ciénaga Magd.  
 Cel. 313 746 6221

  
**Zurleim Cahuana Arroyo**  
 C.C. N° 39.140.686 de Ciénaga





CENTRO DE REHABILITACION EN LA ATENCION FISICA Y  
CONSULTORIA ABIMAEI CAHUANA, CRAFT IPS SAS

EXAMENES PREOCUPACIONALES

COD. 01  
VERSION: 001  
01/08/2023

RES. 3149 08/2023

Nit 901685144-1

## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

### DATOS GENERALES

Fecha de valoración: 22-12-2025

Nombres y apellidos: Antonio Maria Batista Barro N° de Cedula: 8670720 Edad: Años Celular:  
3126591249, Sexo: Masculino Lugar y fecha de nacimiento: Estado civil: soltero Dirección:  
carr 56 # 81-80 barrio Golf Nivel de escolaridad: Profesional especialista Ocupación actual: Médico  
especialista en anestesiología

Motivo de evaluación: Evaluación de ingreso

Restricciones y/o reubicación: No aplica Correo: anbaba6@hotmail.com

### MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS DE LA EVALUACIÓN

Se realiza valoración psicológica a través de una entrevista semiestructurada y prueba psicológica BAI

### HISTORIA FAMILIAR

- Familia nuclear: (X) Familia Monoparental ( ) Familia Reconstituida: ( ) Familia Extensa ( )
- Relaciones Familiares: Excelente ( ) buena (x) Regular ( ) Mala ( )
- Número de personas que dependen económicamente de usted (4)
- Cuantas personas laboran en su vínculo familiar que apoyen los procesos económicos: (1)

### VALORACIÓN CONDUCTUAL

- **Presentación:** Adecuado (X) Inadecuado ( )
- **Discurso:** Ritmo: Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (X)
- **Articulación:** con dificultad ( ) sin dificultad (X)
- **Orientación:** Tiempo: Orientado ( ) Desorientado ( )
- **Persona:** Orientado (X) Desorientado ( )
- **Postura:** Erguida (X) Encorvada ( )
- **Tono:** Bajo ( ) Moderado (X) Alto ( )
- **Espacio:** Orientado (X) Desorientado ( )

### PROCESOS COGNITIVOS Y FISIOLÓGICOS

- Nivel cognitivo: Adecuada
- Coordinación Visomotriz: Adecuada
- Nivel de Memoria: Adecuada
- Personalidad: Abierta - extrovertido
- Afectividad: Adecuada, Con buenas relaciones interpersonales
- Fisiológico: Sueño: Adecuado Apetito: Adecuado Hábitos: Caminatas y trotar

### RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

**RESULTADOS:** De acuerdo a la evaluación realizada al paciente se encuentra orientado en espacio y tiempo, se muestra elocuente al momento de dar a conocer su historia familiar y su experiencia laboral, maneja un lenguaje racional y acorde a su estructura mental asociada a su nivel académico. El paciente se muestra apto para realizar actividades asociadas a su perfil profesional

**RECOMENDACIONES:** Ninguna

Psicóloga (o)



|                                                                                 |                                                                                                 |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|  | CENTRO DE REHABILITACION EN LA ATENCION FISICA Y<br>CONSULTORIA ABIMAEI CAHUANA, CRAFAC IPS SAS | COD. 01<br>VERSION: 001<br>01/08/2023 |
|                                                                                 | EXAMENES PREOCUPACIONALES                                                                       | RES. 3149 08/2023                     |

| INTERPRETACION RESULTADOS INVENTARIO DE BECK                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                           | Antonio Maria Batista Barro                                                                                                                                                                              |                                                                                       |
| EMPRESA                                                                                                                                                                                                          | PARTICULAR                                                                                                                                                                                               | PROFESIÓN                                                                             |
| FECHA                                                                                                                                                                                                            | 22/12/2025                                                                                                                                                                                               | Médico especialista<br>en anestesiología                                              |
| Tabla de<br>puntos                                                                                                                                                                                               | Niveles de Ansiedad                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS                                                                            |
| 1 a 11                                                                                                                                                                                                           | Estos altibajos son considerados<br>normales                                                                                                                                                             | 4                                                                                     |
| 12 a 16                                                                                                                                                                                                          | Leve perturbación del estado de<br>ánimo                                                                                                                                                                 |                                                                                       |
| 17 a 20                                                                                                                                                                                                          | Estados de Ansiedad intermitentes                                                                                                                                                                        |                                                                                       |
| 21 a 30                                                                                                                                                                                                          | Ansiedad moderada                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |
| 31 a 40                                                                                                                                                                                                          | Ansiedad grave                                                                                                                                                                                           |                                                                                       |
| Más de 40                                                                                                                                                                                                        | Ansiedad extrema                                                                                                                                                                                         |                                                                                       |
| RESULTADOS<br>DESCRIPTIVO                                                                                                                                                                                        | En la prueba aplicada se observa un resultado de <b>cuatro</b> , lo cual<br>está enmarcado en la tabla de puntuaciones del 1 al 11, mostrando<br>una interpretación de normalidad en su estado de ánimo. |                                                                                       |
| Evaluación realizada por:<br><b>JANES ORLANDO RODRIGUEZ MORALES</b><br>Psicólogo Asesor Externo<br>Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo<br>Magister en Psicología de las Organizaciones y del Trabajo |                                                                                                                                                                                                          |  |

**CRAFAC IPS**  
 Nit: 901685144-1  
 Cra. 21 No. 7-55 Ciénaga Magd.  
 Cel. 313 746 6221



Apellidos: **BATISTA BARRIOS** Fecha Ingreso: 24-12-2025 10:26 a. m.  
Nombres: **ANTONIO** Número Orden: **2512240153**  
Identificación: **CC 8670720** Sede: **PRINCIPAL BARRANQUILLA**  
Edad: **1956-09-19- (69 Años)** Sexo: **M** Procedencia: **CENTRO DE REHABILITACION EN LA ATENCION FISICA Y CONSULTORIAS ABIMAE CAHUANA SAS**  
Medico: **REFERENCIA LABORATORIOS** Fecha impresión: 29/12/2025

|                                           | Resultado | Unidades            | Valores de Referencia |
|-------------------------------------------|-----------|---------------------|-----------------------|
| <b>HEMATOLOGIA</b>                        |           |                     |                       |
| <b>HEMOGRAMA</b>                          |           |                     |                       |
| RECuento DE ERITROCITOS                   | 4.80      | 10 <sup>6</sup> /uL | 4.5 - 6.2             |
| HEMOGLOBINA                               | 13.20     | g/dL                | 13.0 - 15.3           |
| HEMATOCRITO                               | 40.00     | %                   | 40 - 52               |
| VCM                                       | 81.80     | fL                  | 80 - 100              |
| CHM                                       | 27.30     | pg                  | 26 - 33               |
| CHCM                                      | 33.40     | g/dl                | 28 - 36               |
| RDW-CV                                    | * 15.50   | %                   | 12 - 15               |
| RDW-SD                                    | 46.30     | fL                  | 38.4 - 47.7           |
| RECuento DE PLAQUETAS                     | 269.00    | 10 <sup>3</sup> /uL | 150 - 450             |
| VPM                                       | 9.90      | fL                  | 7 - 11                |
| RECuento DE LEUCOCITOS                    | 6.10      | 10 <sup>3</sup> /uL | 4.5 - 11.3            |
| <b>FORMULA DIFERENCIAL VALOR RELATIVO</b> |           |                     |                       |
| NEUTROFILOS                               | 61.00     | %                   | 50 - 75               |
| EOSINOFILOS                               | * 1.00    | %                   | 2 - 4                 |
| BASOFILOS                                 | 1.00      | %                   | 0 - 1                 |
| LINFOCITOS                                | 28.00     | %                   | 20 - 40               |
| MONOCITOS                                 | 9.00      | %                   | 0 - 11                |
| IG                                        | * 1.30    | %                   | 0.0 - 0.5             |
| <b>FORMULA DIFERENCIAL VALOR ABSOLUTO</b> |           |                     |                       |
| NEUTROFILOS                               | 3.67      | 10 <sup>3</sup> /uL | 2.25 - 8.48           |
| EOSINOFILOS                               | * 0.06    | 10 <sup>3</sup> /uL | 0.09 - 0.45           |
| BASOFILOS                                 | 0.03      | 10 <sup>3</sup> /uL | 0.00 - 0.11           |
| LINFOCITOS                                | 1.70      | 10 <sup>3</sup> /uL | 0.9 - 4.52            |
| MONOCITOS                                 | 0.52      | 10 <sup>3</sup> /uL | 0 - 1.24              |
| IG                                        | 0.08      | %                   | 0 - 0.4               |

Correlacionar con Cuadro Clínico.

Los valores de referencia de la fórmula diferencial pueden variar, De este estudio únicamente están acreditados por el ONAC los siguientes exámenes: Recuento de eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, VCM, CHM, CHCM, ADE, Recuento de plaquetas, VPM, Recuento de Leucocitos.



ISO 15189:2013  
21 UCL 005

Muestra: SANGRE TOTAL CON EDTA K3 | Fecha Tomado: 24-12-2025 10:26 Fecha Validación: 24-12-2025 10:50  
Método: CITOMETRIA DE FLUJO; HEMATIES Y PLAQUETAS DISPERSION DE LUZ; LEUCOCITOS

La interpretación de los exámenes de laboratorio corresponde exclusivamente al Médico.



| Resultado | Unidades | Valores de Referencia                                                                                              |
|-----------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |          | <br>BELINDA ESTHER REYES TORRES |

ESTEFANI YULIET MARTELO CAMACHO  
CC

YASELIS YARLIN MAZA PEREZ



|                                                                                                       |                                                                                                 |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <br>Nit. 901685144-1 | CENTRO DE REHABILITACION EN LA ATENCION FISICA Y CONSULTORIA<br>ABIMAEI CAHUANA, CRAFAC IPS SAS | COD. 01<br>VERSION:001<br>01/08/2023 |
|                                                                                                       | EXAMENES PARACLINICOS                                                                           | RES. 3149 08/2023                    |

## AUDIOMETRIA

Se le realiza examen de Audiometría al colaborador Antonio Maria Batista Barro de años, identificada con cédula de ciudadanía No 8670720 **realizado el día 22 de diciembre 2025** el cual se encuentra dentro de los parámetros normales la persona puede oír sonidos muy suaves (hasta 25 dB o menos) en la mayoría de las frecuencias necesarias para la comunicación verbal.

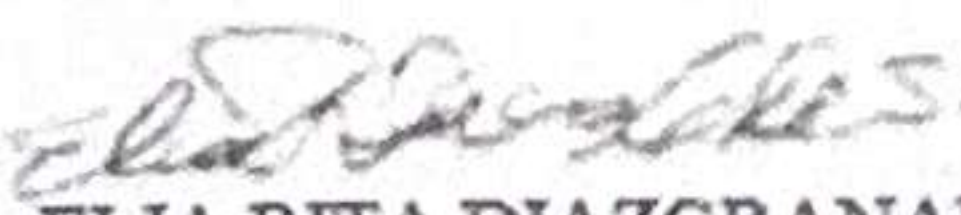
### RESULTADOS:

| Oído           | Vía Aérea (VA) Umbral Tonal Promedio (PTA)<br>(500, 1000, 2000, 4000 Hz) | Diagnóstico<br>Audiológico |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Derecho (OD)   | ≤ 25 dB (15dB)                                                           | Audición Normal            |
| Izquierdo (OI) | ≤ 25 dB (15 dB)                                                          | Audición Normal            |

### Análisis Cuantitativo:

El umbral auditivo por Vía Aérea y Vía Ósea se encuentra en el rango de 0 dB a 25 dB en las frecuencias exploradas 250 Hz a 8000 Hz para ambos oídos.

Se expide examen paraclínico a los el día 22 diciembre 2025

  
 ELIA RITA DIAZGRANADOS DE SILVESTRI  
 FONOAUDIOLOGA - CRAFAC IPS  
 RM 006



# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: dcd2a01c-1607-4d48-a974-6ac728b0c13a

Nombres y apellidos / Full name

ANTONIO MARIA BATISTA BARROS

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

8 6 7 0 7 2 0

Fecha de nacimiento / Date of birth

19/09/1956

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3126591249

Correo electrónico / e-mail

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Edad              | Vacuna                       | Dosis            | Fecha de aplicación |       |      | Laboratorio              | Número de Lote | IPS Vacunadora                              | Nombres y apellidos del vacunador |
|-------------------|------------------------------|------------------|---------------------|-------|------|--------------------------|----------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|
|                   |                              |                  | Date of vaccination |       |      |                          |                |                                             |                                   |
| Age               | Vaccine                      | Doses            | Día                 | Mes   | Año  | Laboratory               | Vaccine Batch  | Administering Center                        | Full name Vaccinator              |
|                   |                              |                  | Day                 | Month | Year |                          |                |                                             |                                   |
| Sin rango de edad | TD Adulto                    | Segunda          | 6                   | 9     | 2013 |                          | 024L1009E      | SOLEDAD E.S.E. HOSPITAL MATERN              |                                   |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual            | 28                  | 4     | 2020 | BUTANTAN                 | 230047         | CIENAGA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL       | LAYDYS LICETH CHARRIS DE LA HOZ   |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual            | 26                  | 5     | 2020 |                          | V50220006      | TUNJA INVERSIONES MEDICAS DE L              | Maribel Niño Lopez                |
| Sin rango de edad | COVID SinoVac                | Primera          | 28                  | 2     | 2021 |                          | A2021010044    | CIENAGA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL       | NAYIBIS PATRICIA MARQUEZ MUÑOZ    |
| Sin rango de edad | COVID SinoVac                | Segunda          | 28                  | 3     | 2021 |                          | E202102012     | CIENAGA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL       | SANDRA MILENA HENRRIQUEZ RAMBA    |
| Sin rango de edad | COVID MODERNA                | Primer Refuerzo  | 15                  | 11    | 2021 | MODERNA SWITZERLAND GMBH | 017J21A        | UNIDAD INTEGRAL EN SALUD NORTE BARRANQUILLA | EDUARDO JOSE POSADA RODRIGUEZ     |
| Sin rango de edad | COVID PFIZER                 | Segundo Refuerzo | 21                  | 5     | 2022 | PFIZER                   | 34511TB        | UNIDAD INTEGRAL EN SALUD NORTE BARRANQUILLA | EDUARDO JOSE POSADA RODRIGUEZ     |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual            | 8                   | 7     | 2022 | Green Cross              | V50222010      | CIENAGA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL       | ANA SEGUNDA NOVA MARTINEZ         |
| Sin rango de edad | INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual            | 29                  | 4     | 2024 | Green Cross              | V50524001      | CIENAGA E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL       | VANOLIS VANESA SALCEDO FREILE     |
|                   |                              |                  |                     |       |      |                          |                |                                             |                                   |
|                   |                              |                  |                     |       |      |                          |                |                                             |                                   |
|                   |                              |                  |                     |       |      |                          |                |                                             |                                   |
|                   |                              |                  |                     |       |      |                          |                |                                             |                                   |
|                   |                              |                  |                     |       |      |                          |                |                                             |                                   |
|                   |                              |                  |                     |       |      |                          |                |                                             |                                   |

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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

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

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAWEB**, 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 vaccination schedule as it is described here.

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



Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| ANTONIO       | MARIA          | BATISTA         | BARROS           |

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

HOSPITAL SAN CRISTOBAL - CIENAGA

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 ACRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:



| CONCEPTO                            | VALOR            |
|-------------------------------------|------------------|
| Salarios y demás ingresos laborales |                  |
| Cesantías e intereses de cesantías  |                  |
| Gastos de representación            |                  |
| Arriendos                           |                  |
| Honorarios                          | \$292.939.000,00 |
| Otros ingresos y rentas             |                  |
| TOTAL                               | \$292.939.000,00 |

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

| Tipo de cuenta    | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA                 | \$1.940.417,00                                                          |
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA                 | \$3.412.444,03                                                          |
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA                 | \$7.650.000,00                                                          |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País     | Departamento | Municipio    | Valor            |
|--------------|----------|--------------|--------------|------------------|
| INMUEBLE     | COLOMBIA | ATLÁNTICO    | BARRANQUILLA | \$220.000.000,00 |
| INMUEBLE     | COLOMBIA | ATLÁNTICO    | BARRANQUILLA | \$123.000.000,00 |
| MUEBLE       | COLOMBIA | ATLÁNTICO    | BARRANQUILLA | \$62.000.000,00  |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo           |
|----------|-----------------|
| CREDITO  | \$12.000.000,00 |
| CREDITO  | \$26.000.000,00 |

## 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:

|  |
|--|
|  |
|--|





## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS SURAMERICANA S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **ANTONIO MARIA BATISTA BARROS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **8670720** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 8670720                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | ANTONIO MARIA BATISTA BARROS       |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 01/11/2020                         |
| FECHA RETIRO EPS SURA           | ACTIVO(A)                          |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 236                                |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 52                                 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 30/01/2026

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN  
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**EPS SURAMERICANA S.A**

**Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla:** 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

**Medellín:** 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

**Línea Nacional:** 01 8000 519 519

**epssura.com**



**NOTARIA ÚNICA DEL CÍRCULO DE CIÉNAGA-MAGDALENA**  
**DECLARACIÓN EXTRAPROCESO**  
Decreto 1557 de 1989 y Decreto 2282 de 1989

No 1695

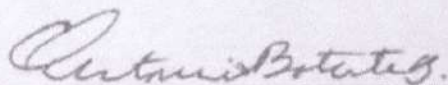
En Ciénaga (Magdalena), República de Colombia, el 8 de Julio de 2022, ante mí **ADA LUZ JIMENEZ PEÑA, NOTARIA UNICA TITULAR DE CIENAGA MAGDALENA**, compareció el(la) señor(a): **BATISTA BARROS ANTONIO MARIA**, identificado(a) con C.C. No. **8670720**, quien manifestó bajo la gravedad del juramento, el cual se entiende prestado con la firma de este documento que viene a hacer las siguientes declaraciones, previa advertencia por parte del notario de lo señalado en la ley 962 de 2.005.

**PRIMERO:** Que todas las declaraciones contenidas en este documento las rindo bajo la gravedad del juramento y con conocimiento de las implicaciones legales que esto conlleva.

**SEGUNDO:** Generalidades de Ley: Mi nombre es: **BATISTA BARROS ANTONIO MARIA**, de 65 años de edad, de estado civil Casado(a), domiciliado(a) en la carrera 56 No 81 -80, Apto 201, barrio El Golf de la ciudad de Barranquilla - Atlántico de ocupación independiente, número telefónico 312 - 6591249 y de nacionalidad Colombiano.

**TERCERO: Declaraciones:** Por medio de este instrumento y bajo la gravedad de juramento declaro que me estoy adelanto el trámite de pensión ante **PORVENIR**, razón por la cual no me encuentro obligado a realizar cotización al sistema de seguridad.

**CUARTO:** Esta declaración la hago de manera libre y espontánea con fines extraprocesales. **Esta declaración va con destino a CON EL FIN DE PRESENTAR COMO REQUISITO** No siendo más el objeto de la presente diligencia se da por terminada y el declarante firma y coloca la huella de su dedo índice derecho. Derechos Notariales: TARIFA: 14.600 IVA 2.774 TOTAL: 17.374 .  
**DECLARANTE,**



**BATISTA BARROS ANTONIO MARIA**  
C.C. No. 8670720

  
**ADA LUZ JIMENEZ PEÑA**  
**NOTARIA UNICA TITULAR DE CIENAGA MAGDALENA**



**NOTA: DESPUÉS DE LEÍDA LA DECLARACIÓN Y MANIFESTANDO ESTAR CONFORME CON LO QUE EN ELLA DICE, NO SE HARÁN CORRECCIONES, NI DEVOLUCIONES DE DINERO**



NOTARIA ÚNICA DEL CÍRCULO DE CIÉNAGA - MAGDALENA  
DECLARACIÓN EXTRAJUICIO

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Ante la Notaría Única del Círculo del Ciénaga - Magdalena Compareció:

ANTISTIA BARROS ANTONIO MARIA

C.C. 8670720

que la firma que aparece en el presente memorial es la  
contenido del mismo es cierto. Autorizó el tratamiento  
personales al ser verificada su identidad cotejando sus  
ares y los biográficos contra la base de datos de la  
la Nación del Estado Civil. Ingrese a [www](http://www)  
la.c para verificar este documento.

ing. 022-07-08 10:57:35



Cod. d61ds



2823-e35ad281

x *Antistia Barros Antonio Maria*

ADA LUZ URRUTIA PEÑA

NOTARIA ÚNICA DEL CÍRCULO DE CIÉNAGA - MAGDALENA





Enero, 30 de enero de 2026

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

**CERTIFICA:**

Que ANTONIO MARIA BATISTA BARROS identificado(a) con cédula de ciudadanía 8670720 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 01/01/2026

**Fecha fin cobertura:** 30/03/2026

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA ESE N800130625**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - PRINCIPAL MAGDALENA

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

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

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

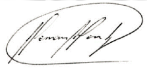
1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

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

null



Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

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

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

03/09/2025 9.49 AM





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 8670720 **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 31/01/2026 10:05 AM



Código Verificación: **YBZ2RENS76**

Válida hasta: **23/02/2026**

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC



|                                                                                                                                                            |                                           |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------|
|  <b>HSC</b><br><b>HOSPITAL SAN CRISTÓBAL</b><br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO:      |
|                                                                                                                                                            |                                           | VERSION: 001 |
|                                                                                                                                                            | FECHA DE ULTIM REVISION:                  |              |

### 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PERSONA NATURAL

|                                                                                                                                                                                                                  |  |                                         |  |                                                                                                                                                                        |  |                                       |  |                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombres y Apellidos: <b>Antonio Mañá Batista Barros</b>                                                                                                                                                          |  |                                         |  |                                                                                                                                                                        |  |                                       |  |                                                                                                                                  |  | Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                    |  |
| Tipo de Documento: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/>                                |  |                                         |  | Número: <b>8.670.720</b>                                                                                                                                               |  | Expedida en: <b>Bancavilla Atknt.</b> |  | Fecha de Expedición: <b>04-10-1976</b>                                                                                           |  |                                                                                           |  |
| Estado Civil (Seleccione): Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U. libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>      |  |                                         |  | Nivel educativo: Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> |  | No. Personas a cargo: <b>3</b>        |  | Tipo de Vivienda: Propia <input checked="" type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> |  | Zona Ubicación: Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Fecha nacimiento: <b>19 09 1960</b>                                                                                                                                                                              |  | Lugar de Nacimiento: <b>SANTA MARTA</b> |  | Dirección Domicilio: <b>camera 56 #81-80</b>                                                                                                                           |  |                                       |  | Municipio / Ciudad: <b>Aiquai</b>                                                                                                |  | Departamento: <b>Hogdalana</b>                                                            |  |
| Correo Electrónico: <b>dnbaba96@hotmail.com</b>                                                                                                                                                                  |  |                                         |  |                                                                                                                                                                        |  | No. Celular: <b>3126591249</b>        |  | Telefono: <b>3126591249</b>                                                                                                      |  |                                                                                           |  |
| Ocupación (Seleccione): Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> |  |                                         |  |                                                                                                                                                                        |  |                                       |  |                                                                                                                                  |  | Actividad Principal CIU:                                                                  |  |
| Descripción del CIU:                                                                                                                                                                                             |  |                                         |  |                                                                                                                                                                        |  |                                       |  |                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |

### 2. DATOS LABORALES

|                                                        |  |                                                                                                                                          |  |                                                         |  |
|--------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|
| Nombre de la Empresa o Negocio:                        |  | Tipo de Empresa o Negocio: Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra, cual?: |  | Cargo:                                                  |  |
| Dirección de empresa o negocio:                        |  |                                                                                                                                          |  | Ciudad:                                                 |  |
| Barrio:                                                |  |                                                                                                                                          |  | No. Teléfono:                                           |  |
| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? |  |                                                                                                                                          |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |

### 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

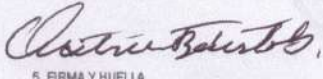
|                                                                                                                                                            |  |                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|
| Total Ingresos Mensuales:                                                                                                                                  |  | Total Egresos mensuales:                                               |  |
| Otros Ingresos Mensuales:                                                                                                                                  |  | Otros Egresos Mensuales:                                               |  |
| Total Activos:                                                                                                                                             |  | Total Pasivos:                                                         |  |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes _____ Año _____                                                                          |  | Es declarante? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público? |  |                                                                        |  |
| Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?                                                                                                        |  |                                                                        |  |
| Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: <b>SERVICIOS PROFESIONALES</b>                         |  |                                                                        |  |

### 4. AUTORIZACIÓN 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:

terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a la E.S.E. Hospital San Cristóbal a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital San Cristóbal, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercado, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignen de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

|                                                                                                                                                                   |  |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                               |  |  |
| 5. FIRMA Y HUELLA                                                                                                                                                 |  |                                                                                       |
| Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos): |  |                                                                                       |
| Nombre y Firma Oficial de cumplimiento                                                                                                                            |  |                                                                                       |



El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ANTONIO BATISTA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 8.670.720 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 066175480, abierta/o desde el 15/8/2016.

Se expide en Bogotá el día 31 del mes de Enero del año 2026



---

Firma Autorizada