ANEXO No. 1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Granada- Meta, 31-JUO 2026

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
RADICADO DE DOCUMENTOS
Fecha 31-JUO-2026 Hora 01:30pm.
Cliente Alejandro Gomez Perez
NIT 88254. Dependencia Subgerente Asistencial
Funcionario

Señores:

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.
Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 136 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Respetados Señores

El suscrito Alejandro Gómez Pérez actuando en mi propio nombre persona natural de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de INVITACION DIRECTA DE LA REFERENCIA, presentamos esta propuesta para **LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGÍA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E** y en caso de que sea aceptada nos comprometemos a cumplir dentro de la oportunidad correspondiente.

Declaramos bajo la gravedad del juramento:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a suscribirse sólo compromete al firmante de esta carta y a quienes representa.
- Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que conocemos en su totalidad las condiciones de la invitación directa No. 136 y demás documentos del proceso y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
- Que hemos recibido los documentos que integran la invitación y aceptamos su contenido.
- Que no me/nos halló/hallamos incurso/s en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. (en caso de unión temporal, consorcio, debe manifestarse por todos los integrantes del mismo).
- Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.

- Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.
- Que nos comprometemos a cumplir el objeto contractual en los plazos estipulados en la invitación.
- Que responderé por la calidad de los bienes, contratados, sin perjuicio de la constitución de la garantía, si a ello hubiera lugar.
- Que acepto las especificaciones técnicas de la invitación del objeto contractual, si este llegare a suscribirse.
- Que cualquier notificación o requerimiento relacionado con la presente invitación se me podrá hacer por el siguiente correo electrónico: _____
- Que le presente Propuesta consta de ( ) folios debidamente numerados.
- Que la propuesta tiene una validez de TRES (3) MESES contados a partir de la fecha de cierre de la Invitación directa.
- Que el valor de la propuesta incluyendo impuestos es de ($45000 000 ·) CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS _____) M/CTE.

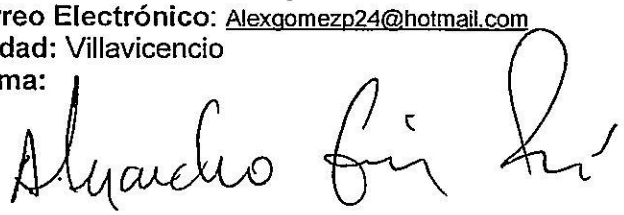
En caso de consorcio o unión temporal esta declaración deberá ser suscrita por cada uno de los integrantes.

Que de conformidad con la Ley 1437 de 2011 (Código Contencioso y de Procedimiento Administrativo) autorizo la notificación electrónica de los Actos Administrativos referentes al proceso.

Que para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 716 de 2001 en su artículo 4, Parágrafo 3; bajo la gravedad de juramento y conociendo las consecuencias jurídicas que indica, manifiesto que me encuentro a paz y salvo con el Estado por todo concepto y/o tengo acuerdo de pago vigente

Atentamente,

Nombre: Alejandro Gómez Pérez
C.E: 385254
Dirección: Barsal alto conjunto recodo del barzal
Correo Electrónico: Alexgomezp24@hotmail.com
Ciudad: Villavicencio
Firma:



(*) NOTA: Este compromiso deberá ser presentado y firmado por el proponente con la propuesta respectiva. Si es persona jurídica, por quien conforme a la ley esté facultado; Si es consorcio o unión temporal por quien haya sido designado representante en el documento de constitución; Si es persona natural, por ella misma; Si actúa en calidad de apoderado, debe estar debidamente facultado por quien tenga la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder correspondiente.

ANEXOS No. 2 OFERTA ECONOMICA

Granada – Meta, 31-JULIO 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y4.
Granada-Meta

REFERENCIA: INVITACIÓN DIRECTA SIN CONSIDERACIÓN DE LA CUANTÍA No 136 DE 2026 PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA CELEBRAR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL.

Respetados Señores

Me permito presentar oferta económica de la invitación directa Nro. 136 de 2026 que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION Y/O UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR
1	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL EN PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E	MESES.	(3) TRES.	$ 45000000

Manifiesto mi voluntad de forma libre, expresa y espontánea, para acordar que los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, derivados del contrato que se suscriba con el Hospital Departamental de Granada E.S.E., serán gestionados, realizados y pagados en su totalidad por el suscrito (a), en virtud de lo establecido en el parágrafo 1 del Decreto 514 de 2025, articulo 2.2.4.18.7, que permite el presente acuerdo, y que exonera de esta manera al contratante, en este caso, al Hospital Departamental de Granada E.S.E., de las obligaciones derivadas de la Ley 2381 de 2024, en especial de aquellas contenidas en los artículos 7 y 21.

Nombre: Alejandro Gómez Pérez
C.E: 385254
Dirección: Barsal alto conjunto recodo del barzal
Correo Electrónico: Alexgomezp24@hotmail.com
Ciudad: Villavicencio

ANEXO No. 3 COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Granada – Meta. 31-JULIO 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4
Granada-Meta

Proceso de Contratación N° 0136 - 2026

Yo Alejandro Gómez Pérez identificado con cedula de Extranjera No 38.52.54 manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública

2. No estamos en causal de inhabilidad e incompatibilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".**

3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".**

5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITA DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso transparencia.

En constancia de lo anterior firma este documento a los 31 días del mes de JULIO de 2026.

Alejandro Gómez Pérez

Nombre: Alejandro Gómez Pérez
C.E: 385254
Dirección: Barsal alto conjunto recodo del barzal
Correo Electrónico: Alexgomezp24@hotmail.com
Ciudad: Villavicencio

ANEXO No. 4 CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

Granada – Meta, 31-JULIO 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta

REF. INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 136 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Asunto: Declaración Juramentada de inhabilidades e incompatibilidades

EL SUSCRITO DECLARA QUE:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con la Entidades Estatales de conformidad con las Leyes 80 de 1993, 1952 de 2019, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia

Yo Alejandro Gómez Pérez identificado con cedula de Extranjería No 38.52.54 declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso dentro de las causales de **INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD** Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas contenidas en la Ley 1952 de 2019 y los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 del Estatuto Contractual del orden o constitución legal contemplados en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1.993, ley 45 de 1.990 art, 127 de la constitución política de Colombia y demás normas concordantes así como aquellas que aclaren, modifiquen o deroguen, para suscribir contratos con entidades gubernamentales descentralizadas, ni para participar en el presente proceso, y que consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales, boletín de responsables fiscales y el Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC, no se registra ningún antecedente respecto de la (s) persona (s) aquí señalada (s).

Dado en el Municipio de Granada a los 31 del mes JULIO de 2026.

Nombre: Alejandro Gómez Pérez
C.E: 385254
Dirección: Barsal alto conjunto recodo del barzal
Correo Electrónico: Alexgomezp24@hotmail.com
Ciudad: Villavicencio

ANEXO No. 5 FORMULARIO DE EXPERIENCIA

Granada – Meta, 31 - JULIO · 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.
Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 136 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Respetados Señores

De conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de Modalidad de Selección por Invitación directa Nro. 136 de 2026 que tiene por objeto, presentamos el formulario de experiencia para la **INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 136 DE 2026, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**

Asunto: **Experiencia**

El proponente debe diligenciar este formulario, consignando en él la experiencia que pretenda hacer valer en el presente proceso.

No DEL CONTRATO	OBJETO DEL CONTRATO	NOMBRE DEL CONTRATISTA	VALOR Y PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIACIÓN	FECHA DE TERMINACIÓN
N/A	HONORARIOS CIRUGIA GENERAL	HOSPITAL RENACER	$23.000.000	01-12-2025	31-12-2025
N/A	HONORARIOS CIRUGIA GENERAL	CLINICA META	HONORARIOS PRESTACION DE SERVICIO	01-05-2024	ACTUALMENTE
N/A	HONORARIOS CIRUGIA GENERAL CIRUGIA PROGRAMADA Y CE	CLINICA EMPERATRIZ	HONORARIOS PRESTACION DE SERVICIO	01-05-2024	ACTUALMENTE

Cordialmente,

Nombre: Alejandro Gómez Pérez
C.E: 385254
Dirección: Barsal alto conjunto recodo del barzal
Correo Electrónico: Alexgomezp24@hotmail.com
Ciudad: Villavicencio

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	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GOMEZ	PEREZ	ALEJANDRO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ○ C.E. ⊗ PAS ○ No. 385264	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ○ EXTRANJERO ⊗	VENEZUELA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 24 MES 02 AÑO 1992	AUTOPISTA 1A 1 18 1			
PAÍS	VENEZUELA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO		MUNICIPIO	VILLAVICENCIO		
MUNICIPIO		TELÉFONO		EMAIL	Alexgomezp24@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNÓLOGICA 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	12	X		ESPECIALIZACION EN CIRUGIA	02	2024	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2017	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS MULTISALUD LTDA			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO GUAINÍA	MUNICIPIO INÍRIDA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	09	Mes	04	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CIRUJANO GENERAL	DEPENDENCIA CIRUJIA GENERAL						DIRECCIÓN CARRERA 30 27 55					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI 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*

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-26 21:30

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALEJANDRO		GOMEZ	PEREZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE EXTRANJERIA	385254

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
VENEZUELA		

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO

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 DEPARTAMENTAL GRANADA META

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	GRANADA

Dirección	["Calle 15 entre carreras 2 y 4"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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 AGREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$276.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$60.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$8.000.000,00
TOTAL	$344.000.000,00

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	$3.249.103,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$180.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMOS	$154.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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 [X] 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
SERVICIOS PROFESIONALES DE CIRUGIA GENERAL	PROFESIONAL

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 [X]

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 [X]

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

23. 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 [X]

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:

24. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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 [X] 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
INVERSIONES VIRTUALES	$280.000.000,00	COLOMBIA

25. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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: Si [ ] No [X]

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.

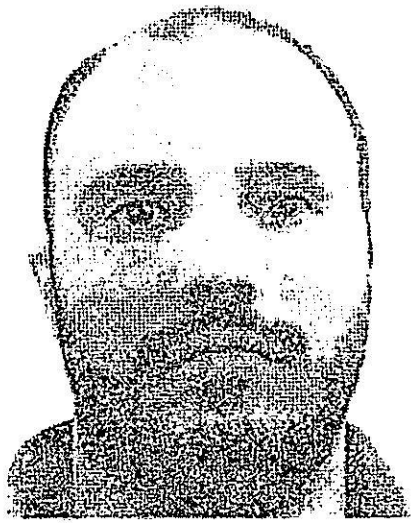
Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

COL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cédula de Extranjería

MIGRANTE No. 385254



APELLIDOS: GOMEZ PEREZ

NOMBRES: ALEJANDRO

NACIONALIDAD: VEN

FECHA DE NACIMIENTO: 1992/02/24

SEXO: M RH: O-

F. EXPEDICIÓN: 2025/05/27

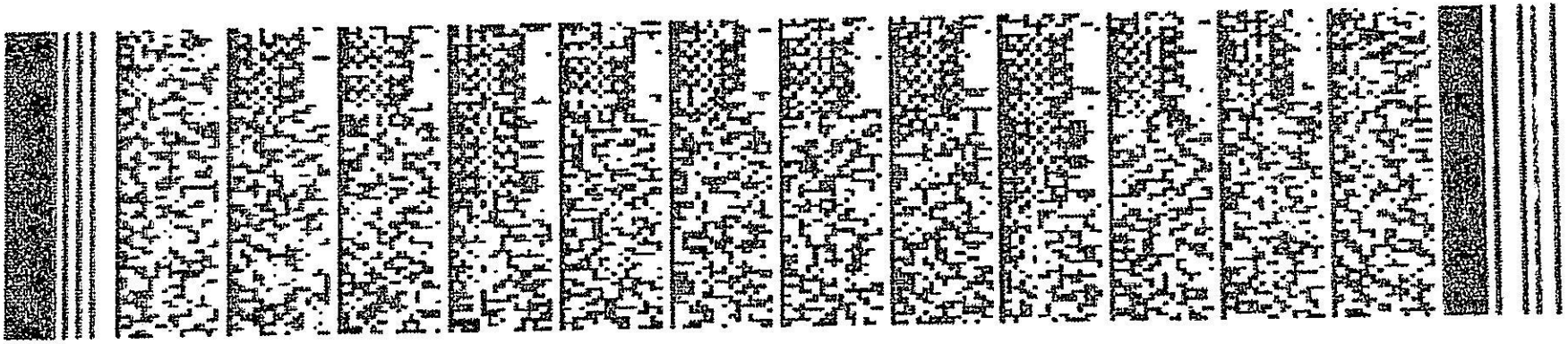
F. VENCIMIENTO: 2028/05/14

FIRMA



INDICE DERECHO

P742093



El titular de este documento debe notificar a MIGRACIÓN COLOMBIA cualquier cambio en la condición o información migratoria.
The holder of this document must notify MIGRACIÓN COLOMBIA any change of information or immigration status.

Director General de Migración Colombia

Gloria Esperanza Arriero López

I<COL3852543<<<<<<<<<<<<<<<
9202243M2805140VEN<<<<<<<<<<0
GOMEZ<PEREZ<<ALEJANDRO<<<<<<

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653
Personería Jurídica Res. 58 del 16 de Septiembre de 1895, expedida por el Ministerio de Gobierno

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Programa de MEDICINA

Acta individual de Grado No. 20106 - 53206

En la ciudad de Bogotá D.C., el dia veintidos (22) de junio de dos mil diecisiete (2017) siendo las 15:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el titulo profesional de:

MÉDICO

a

ALEJANDRO GÓMEZ PÉREZ

Identificado con Cedula de Extranjería. No. 385254, quien cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 9298, registrado bajo el No. 53206 del libro No. 41 folio 236.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado No. 20106 firmada por:

ANA ISABEL GÓMEZ CÓRDOBA	VICEDECANA
SANDRA CECILIA PULIDO SÁNCHEZ	SECRETARIA ACADÉMICA

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia a los veintidos (22) dias del mes de junio de dos mil diecisiete (2017).

SANDRA CECILIA PULIDO SÁNCHEZ
Secretaria Académica

CATALINA LLERAS FIGUEROA
Secretaria General

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

EL RECTOR Y CLAUSTRO DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO A TODOS LOS QUE VIEREN ESTAS LETRAS, SALUD EN EL SEÑOR

POR EL TENOR DE LAS PRESENTES OS HACEMOS SABER QUE Alejandro Gómez Pérez IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº C. C. 1085251[illegible] UNO DE NUESTROS alumnos DESPUÉS DE GRADUARSE BACHILLER, HA OÍDO CON LAUDABLE PUNTUALIDAD Y APLICACIÓN LAS LECCIONES DE NUESTRA escuela DE Medicina y Ciencias de la Salud EN TODA LA EXTENSIÓN QUE PIDEN NUESTRAS TRADICIONES Y REGLAMENTOS, HABIENDO DADO MUESTRAS PLENAMENTE SATISFACTORIAS DE SU APROVECHAMIENTO EN TODOS LOS ESTUDIOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS, POR LO CUAL, EN VIRTUD DE NUESTRAS VENERANDAS CONSTITUCIONES, LAS LEYES 89 DE 1892, 39 DE 1903, 30 DE 1992 Y EL ARTÍCULO 69 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA, CONFERIMOS EN NOMBRE Y POR AUTORIDAD DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, AL PRECITADO alumno EL CARÁCTER Y TÍTULO DE Médico CON TODOS LOS DERECHOS, HONORES Y PREEMINENCIAS PROPIOS DE LOS MAESTROS DE ESTE NUESTRO CLAUSTRO. PARA QUE CONSTE LE EXPEDIMOS LAS PRESENTES LETRAS, FIRMADAS POR EL RECTOR, EL VICERRECTOR, EL DECANO, SELLADAS CON EL SELLO MAYOR DEL COLEGIO, REGISTRADAS EN EL Nº 53206, LIBRO 41, FOLIO 236 Y REFRENDADAS POR LA SECRETARIA EN EL AULA MÁXIMA DE ESTE COLEGIO MAYOR, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS veintidós DÍAS DEL MES DE junio DEL AÑO DEL SEÑOR DE dos mil diecisiete (2017).

EL RECTOR

EL DECANO

LA SECRETARIA GENERAL

LA VICERRECTORA ACADÉMICA

[illegible]

14254/2258

Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud
FUCS

[VIGILADA MINEDUCACIÓN] *Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educacion Nacional*

Acta de Grado No. 262

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintitrés (23) días del mes de febrero de 2024 en el Auditorio Guillermo Fergusson de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 6156 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 625 del 30 de enero de 2024, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Especialista En Cirugía General

a

Alejandro Gomez Perez

Identificado con C.E. No 385254 de Colombia como consta en el acta No. 262, en los folios 062, 063, 064, 065 y 066 del libro de actas de grado No. 4.

Se confiere este título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que el mencionado estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pénsum reglamentario para el programa de Especialización En Cirugía General y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto y determinados por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen las firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente del Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Oscar Eduardo Mora Hernández, Decano, Carlos Alberto Castro Moreno, Secretario Académico y para constancia de lo anterior se firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los veintitrés (23) días del mes de febrero del año 2024.

JORGE LUIS HERRERA ARIZA
Secretario General

Código de Aprobación SNIES, No. 3736

15145

Escaneado con CamScanner

Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud
FUCS

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS

Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Medicina

En atención a que

Alejandro Gomez Perez

C.E. 385254 de Colombia

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Especialista en Cirugía General

En Bogotá, D.C., Colombia, el 23 de febrero de 2024
en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos.

Presidente Consejo Superior

Secretario General

Rector

Decano

Vicerrector

Secretario Académico

Número de registro 3260 *Folio* 011, 012, 013 y 014

VIGILADA MINEDUCACIÓN | Estatutos vigentes - Resolución 011548 de 2020 MEN Acreditación de Alta Calidad - Resolución 013601 de 2019 MEN Vigencia 4 años

14097

EDUCOTOLIMA
EDUCACIÓN CONTINUADA DEL TOLIMA
NIT 901368780-5

CERTIFICADO

DE ASISTENCIA AL CURSO DE EDUCACION CONTINUADA EN

FORMACIÓN INTEGRAL EN LA DETECCIÓN Y EL CUIDADO DEL DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

A

Alejandro Gomez Perez cc.385254

CODIGO DE VERIFICACIÓ

INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS
IBAGUE – TOLIMA ENERO 28 DEL AÑO 2026
CODIGO VERIFICACION: 385254-75-26
VIGENCIA: Se recomienda actualizar cada 2 años o según Normatividad vigente

JUAN PABLO BARRERO
COORDINADOR ACADEMICO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

NADIA RAMIREZ
COORDINADOR ADMINISTRATIVO
REPRESENTANTE LEGAL

La autenticidad de este certificado puede ser solicitado por correo electronico
Educación informal EL DURSE "art 2.6.6.8" decreto ley 2150/95

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

ALEJANDRO GOMEZ PEREZ

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.E Nº 385254 VEN.

Asistio y aprobo el curso de

DETECCION Y CUIDADO DEL DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Con una intensidad horaria de **40** horas realizado del dia **18** al **20** de **ENERO** de **2026** en modalidad **virtual y presencial**

"Cursos que siguen los lineamientos establecidos por **la ley 115 de 1994, art.42,90** y según requerimientos de la **Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019** acreditando **40** horas de educación continua e informal con una validez de **2** años. Lo anterior se firma en Soacha (Cundinamarca) el día **20** del mes de **ENERO** del **2026**

Director General Stella Vitae SAS

Director general

Asesorías, Capacitaciones Actualizaciones y Prestación de Servicios en Salud Stella Vitae SAS NIT. 901.175.755-1

Stella Vitae SAS NIT. 901.175755-1 Instructor

instructor

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

ALEJANDRO GOMEZ PEREZ

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.E Nº 385254 VEN.

Asistio y aprobo el curso de

GESTION OPERATIVA DE LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS

Con una intensidad horaria de 40 horas realizado del dia 16 al 18 de ENERO de 2026 en modalidad **virtual y presencial**

"Cursos que siguen los lineamientos establecidos por **la ley 115 de 1994, art.42,90** y según requerimientos de la **Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019** acreditando **40** horas de educación continua e informal con una validez de 2 años. Lo anterior se firma en Soacha (Cundinamarca) el día **18** del mes de **ENERO** del **2026**

Director general

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios en Salud Stella Vitae SAS NIT. 901 175.755-1

instructor

Universidad del
Rosario

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y FORMACIÓN CONTINUA

Otorgan el presente

Certificado

A ALEJANDR[illegible]OMEZ PEREZ

C[illegible]3254

Por su asistencia y participación en el ***CURSO SEMIPRESENCIAL SOPORTE VITAL BÁSICO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD (BLS) Y SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO (SVCA / ACLS)***, realizado el 30 y 31 de enero de dos mil veinticinco (2025), con una intensidad de cuarenta y ocho (48) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los treinta y un (31) días del mes de enero de dos mil veinticinco (2025).

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO H.
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

ALEJANDRO GOMEZ PEREZ

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.E Nº 385254 VEN.

Asistio y aprobo el curso de

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

Con una intensidad horaria de **40** horas realizado del dia **10** al **12** de **ENERO** de **2026** en modalidad **virtual y presencial**

"Cursos que siguen los lineamientos establecidos por **la ley 115 de 1994, art.42,90** y según requerimientos de la **Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019** acreditando **40** horas de educación continua e informal con una validez de 2 años. Lo anterior se firma en Soacha (Cundinamarca) el día **12** del mes de **ENERO** del **2026**

Director general

Asesorías, Capacitaciones Actualizaciones y Prestación de Servicios en Salud Stella Vitae SAS NIT. 901.175.755-1

Instructor

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

ALEJANDRO GOMEZ PEREZ

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.E Nº 385254 VEN.

Asistio y aprobo el curso de

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Con una intensidad horaria de **40** horas realizado del dia **13** al **15** de **ENERO** de **2026** en modalidad **virtual y presencial**

"Cursos que siguen los lineamientos establecidos por **la ley 115 de 1994, art.42,90** y según requerimientos de la **Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019** acreditando **40** horas de educación continua e informal con una validez de **2** años. Lo anterior se firma en Soacha (Cundinamarca) el día **15** del mes de **ENERO** del **2026**

Director general

Asesorías, Capacitaciones Actualizaciones y Prestación de Servicios en Salud Stella Vitae SAS NIT. 901.175.755-1

Instructor

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

ALEJANDRO GOMEZ PEREZ

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.E Nº 385254 VEN.

Asistio y aprobo el curso de

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

Con una intensidad horaria de **40** horas realizado del dia **20** al **22** de **ENERO** de **2026** en modalidad **virtual y presencial**

"Cursos que siguen los lineamientos establecidos por **la ley 115 de 1994, art.42,90** y según requerimientos de la **Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019** acreditando **40** horas de educación continua e informal con una validez de **2** años. Lo anterior se firma en Soacha (Cundinamarca) el día **22** del mes de **ENERO** del **2026**

Director general

Asesorías, Capacitaciones Actualizaciones y Prestación de Servicios en Salud Stella Vitae SAS NIT. 901.175.755-1

Instructor

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

ALEJANDRO GOMEZ PEREZ

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.E Nº 385254 VEN.

Asistio y aprobo el curso de

ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO DEL DUELO

Con una intensidad horaria de 40 horas realizado del dia 03 al 05 de ENERO de 2026 en modalidad virtual y presencial

Cursos que siguen los lineamientos estabiecidos por la ley 115 de 1994, art.42,90 y segun requerimientos de la Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019 acreditando 40 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años. Lo anterior se firma en Sopcha (Cundinamarca) el dia 05 del mes de ENERO de 2026

Director general

Asesorías, Capacitaciones Actualizaciones y Prestación de Servicios en Salud Stella Vitae SAS NIT. 901.175.755-1

Instructo

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

ALEJANDRO GOMEZ PEREZ

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.E N° 385254 VEN.

Asistio y aprobo el curso de

ATENCIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SALUD MENTAL

Con una intensidad horaria de 40 horas realizado del dia 04 al 06 de ENERO de 2026 en modalidad virtual y presencial

"Cursos que siguen los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, art.42,90 y según requerimientos de la Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019 acreditando 40 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años. Lo anterior se firma en Soacha (Cundinamarca) el dia 06 del mes de ENERO del 2026

Director general

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios en Salud Stella Vitae SAS NIT. 901.175.755-1

Stella Vitae SAS NIT.901175755-1 Instructor

Instructor

Corporación Técnica Empresarial para El Trabajo

Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, Según Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012, con Renovación de Registro de Programas Según Acuerdo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social y Resolución No. 004499 del 18 de Julio de 2019, Expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

Certifica que:

Alejandro Gómez Pérez

Identificado (a) con C.E. No. 385254

Asistio al curso de:

ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (A.I.E.P.I.)

Dado en Bogotá D.C. el día 9 de Julio de 2025, con una duración de 60 horas

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-5

Dra.: Martha Viviana Perdza Castillo
Directora General
Rm. 118653

Ing.: Leidy Andrea Cañon
Coordinadora General
Cnd.: 25228-352692

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS S.A.S

NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

ALEJANDRO GOMEZ PEREZ

IDENTIFICADO (A) CEDULA DE EXTRANJERIA 385254

Asistió al curso básico de:

DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE (DVI)

Con una intensidad horaria de 50 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 17 DIAS DEL MES DE ENERO DEL 2025. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

MARLI ESQUIVEL ZAMBRANO

GERENTE

MARLI ESQUIVEL ZAMBRANO

REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ALEJANDRO GOMEZ PEREZ

C.C o C.E 385264

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación

U. DEL ROSARIO

Ciudad BOGOTA D.C.

Fecha de expedición diploma 23/06/2017

Fecha de inscripción RETHUS 04-10/2017

385264



Alejandro Gomez

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 18 C # 121-40 Ofc. 201 info@colegiomedicocolombiano.org

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 1192 de 2013. Si ésta tarjeta es encontrada favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicado en la Carrera 7 # 69 17 (Bogotá DC, Colombia) o al correo electrónico colmedco@colmedco.org

Stevenson Manzanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

Resultado General -2026-06-30--7:53:49 AM

Tipo Identificación	Nro. de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Matrícula	Detalle
CE	385254	ALEJANDRO		GOMEZ	PEREZ	Vigente	Ver

onformidad 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) senor(a) ALEJANDRO GOMEZ PEREZ identificado(a) con CE 385254 registra La siguiente información:

2026-06-30--7:53:49 AM

Información Académica

Programa Validado Ecaes	Tipo Programa	Nombre Programa	Fecha Terminación	Tarjeta Profesional	Universidad
UNV	Local	MEDICINA	2017-10-09	26971	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	2024-02-23	144031	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Profesional Exonerado	Tipo Programa	Nombre Programa	Fecha Inicio	Fecha Terminación	Modalidad	Profesión	Universidad	La
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA]	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	

ión 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 r ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes ión 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 nal, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C38525400330471
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ALEJANDRO GÓMEZ PÉREZ**, identificado(a) con C.E. No. 385254 y T.P. o R.M. No. 385254 del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 26 junio 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tel. (601)7212847 Bogotá D. C.
E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión	24-11-2015 037W41702	
TRIVIRAL	Paperas	24-11-2015 013W41702	
	Rubeola	24-11-2015 013 W41702	
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	SEP 2015	
	2ª Dosis	19 OCT 2015	
	3ª Dosis	18 OCT 2015	
	Refuerzo	24-11-2015 W3401	

18 Sep 16.

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis	19 OCT 2015	
	2ª Dosis	19 NOV 2015	
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA (Válida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neum. Polisacárido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª	19 OCT 2015	
	2ª		
	3ª		

Empresarial
22 AUG 13
K7280
07-2016
967270

ESQUEMA ANTIRRABICO

	Nº DOSIS	Nº DÍA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	4ª	14		
	5ª	28		
PRE-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	7		
	3ª	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		
OTRAS	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis		
		2ª Dosis		
		3ª Dosis		
	Gamaglobulina			
	Suero Antiofídico			
	Suero Antirrábico			

Anotaciones Especiales

Recombivax B-(20 µg/1 ml) Adult 1 dose/dosis
VACCIN CONTRE L'HEPATITE B, RECOMBINANT
HEPATITIS B VACCINE, RECOMBINANT
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE
Conserver entre/Keep between/Conservar entre +2°C - +8°C
Ne pas congeler/Do not freeze/No congelar
Voir encartage/See package insert/Ver instrucciones
Fabriqué/Manufactured by: LG Life Sciences Ltd.
Par/For: Sanofi Pasteur Ltd.

Lot No: UFX15002
Mfg date: 24 Feb 15
Expiry date: 23 Feb 18

RINFE005R01

1 dose (0.5 ml)/1 dosis (0.5 ml)
Lot/Lote: 140801A
Exp/Vence: 02/2018

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.
Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá
www.cruzrojabogota.org.co

169855

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE Alejandro Gomez P.

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO ____

TELÉFONO _____

Sv004

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: ALEJANDRO GOMEZ PEREZ

Tipo de identificación / ID Type: CEDULA DE EXTRANJERIA

Número de identificación / ID Number: 3852540

Fecha de nacimiento / Date of birth: 24/02/1992

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number:

Correo electrónico / e-mail:

ID: 5879b104-66e-4529-bcc6-805e8d75ab3

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Dose	Fecha de aplicación / Date of vaccination - Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Lot number	IPS Vacunadora / Vaccination site	Nombres y apellidos del vacunador / Name of vaccinator
COVID PFIZER	Primera	6	4	2021		ER1742	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	GINNA SHIRLEY ROJAS CARDENAS
COVID PFIZER	Segunda	28	4	2021		ER9449	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	MARIA NICOLE GUZMAN PATINO
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	2	12	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940875	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	OMAIRA ANDREA HERNANDEZ DE LA HOZ
Fiebre Amarilla	Única	25	6	2025	Sanofi Pasteur	Y3D18	ESE RENACER INIRIDA	JULIAN ARLEX LEON SANCHEZ - CC1121708211 - Inactivo

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

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

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

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in thi document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program c Inmunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado d Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document ha received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

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

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcar institutions and health service plan administrators.

Granada Meta, 23 de julio de 2026

Licenciado.
JOSE RICARDO HERNANDEZ TELLEZ
Subgerente asistencial (E)
Hospital Departamental de Granada E.S.E

Asunto: Compromiso de aplicación de vacunas contra Hepatitis B y Tétano.

Cordial saludo,

Por medio de la presente, yo Alejandro Gómez Pérez, identificado con cédula de extranjería No. 385.254, manifiesto mi compromiso con el Hospital Departamental de Granada E.S.E. de aplicarme las vacunas correspondientes contra Hepatitis B y Tétano, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la institución.

Así mismo, me comprometo a hacer entrega del respectivo soporte o certificado de vacunación al Hospital Departamental de Granada E.S.E., con el fin de completar y actualizar mi hoja de vida, conforme a los lineamientos institucionales.

Declaro que entiendo la importancia de este compromiso y me obligo a cumplirlo de manera oportuna y responsable.

Sin otro particular;

Atentamente,

ALEJANDRO GOMEZ PEREZ
C.E 385.254

Bogotá 23 de enero de 2026

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

IDENTIFICACIÓN:

ALEJANDRO GÓMEZ PÉREZ.

CE.385254.

PROFESIÓN, CIRUJANO GENERAL.

CARGO AL QUE ASPIRA: CIRUJANO GENERAL.

ESTADO CIVIL, SOLTERO

EPS: SANITAS.

DIRECCIÓN: AV BOYACÁ #67-75 TORRE 2 APTO 906. BOGOTÁ. COLOMBIA.

Yo, Gisela Coromoto Pérez Ríos, CE 391840, legalmente habilitada para ejercer como médico y como especialista en salud y seguridad en el trabajo en Colombia, con # R.M. 391840, LSO.25-0364

CERTIFICA QUE

Alejandro Gómez Pérez, CE: 32 años de edad, cirujano general, acude a mi consulta para examen médico ocupacional.

DIAGNOSTICO: Z00.0.

Concepto:

1- Apto para desempeñar cualquier actividad en la comunidad.

2- APTO PARA EL CARGO

Dra. Gisela C. Pérez Ríos.

Médico Cirujano

Especialista en salud y seguridad en el trabajo

CE 391840 R.M. 391840

LSO.25-0364

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141244879789

(415)7707212489984(8020) 000014124487978 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 1 8 4 1 4 0	1	Impuestos de Bogotá	3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Extranjería 2 2	3 8 5 2 5 4	

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	PEREZ	ALEJANDRO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 7267 75 BRR BOYACA REAL

42. Correo electrónico: Agomez6@fucsalud.edu.co

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 7 1 0 0 1	8 2 9 9	2 0 1 7 1 0 0 3				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 7 4 9 5 2

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-04-09 / 11:05:42AM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141244879789

(415)7707212489984(8020) 000014124487978 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 1 8 4 1 4 0	1	Impuestos de Bogotá	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase		
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro		
76. Fecha de registro		
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento		
79. Ciudad/Municipio		
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	1 2 5	2 0 2 5 0 1 2 0		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101009810	0

TOMADOR	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3057846647
ASEGURADO	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3057846647
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
16 / 07 / 2026	10 / 07 / 2026	10 / 07 / 2027	10 / 07 / 2026	10 / 07 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
VITALY SEGUROS Y SERVICIOS LTDA	184584	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CIRUJANO GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 1,000,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 1,000,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 300,000,000.00

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 25,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	$ **********645,290.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********122,605.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********767,895.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - 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)1100211965733 5(3900)000000767895(96)20260824

REFERENCIA PAGO: 1100211965733-5

14-03-101009810

FIRMA AUTORIZADA

DIRLAYALBINO

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101009810	0

TOMADOR	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3057846647
ASEGURADO	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3057846647
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
16 / 07 / 2026	10 / 07 / 2026	10 / 07 / 2027	10 / 07 / 2026	10 / 07 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
VITALY SEGUROS Y SERVICIOS LTDA CLIENTE	184584	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO





TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	$ **********645,290.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********122,605.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********767,895.00

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

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

CRA. 7 NO. 57 -67, TELÉFONO 6013908192 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.08.0000008E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11002119657335(3900)000000767895(96)20260824

REFERENCIA PAGO: 1100211965733-5

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101009810	0

TOMADOR	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3057846647
ASEGURADO	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3057846647
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: ALEJANDRO GOMEZ PEREZ CE. 385254
ASEGURADO:ALEJANDRO GOMEZ PEREZ CE. 385254
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
UBICACION CONSULTORIO: NO POSEE CONSULTORIO
VIGENCIA: 10/07/2026 HASTA 10/07/2027
SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN LA INFORMACION SUMINISTRADA
BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DELALEY COLOMBIANA: (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL
CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 00000008-RC-001A- D00I
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONESPARTICULARES.
NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01
PROFESION DE LA SALUD; CIRUJANO GENERAL
LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.
PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: $ 767.895
COBERTURAS:
AMPARO BASICO
1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:
SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

SE PRECISA QUE SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL QUE SURJA A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS (VER SECCION III DEFINICIONES GENERALES), COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

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

PARAGAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.
1.2GASTOS DE DEFENSA
SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:
1.2.1LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

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

1.2.3EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

2.EXTENSIONES DE COBERTURA
CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:
2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.

NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101009810	0

TOMADOR	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3057846647
ASEGURADO	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3057846647
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.
2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

1.LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

2.LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS.

PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE NO INFERIOR A:
$ 100.000.000
PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
COBERTURA SUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.
AMPARO BASICO $ 1.000.000.000
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: $ 1.000.000.000
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: $1.000.000.000
GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:
EVENTO $ 25.000.000
VIGENCIA $ 300.000.000
DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA 10%
DEMAS AMPAROS 10% - MIN 1 SMMLV

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.

3.RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD O TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.

6.PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

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

9.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.

10.RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101009810	0

TOMADOR	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3057846647
ASEGURADO	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3057846647
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.
12.RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

13.SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.

14.PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN
17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY. SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
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.EERDIDAS 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 CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN 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:

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2166977, 601-6019330

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101009810	0

TOMADOR	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3057846647
ASEGURADO	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3057846647
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS
41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47.EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51.RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
52.CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD
54.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:
56.CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
57.PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR: A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES. B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
58.EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
59.SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
60.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
61.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
62.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
63.NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.
64.SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CHAPINERO	EMISION ORIGINAL	14-03-101009810	0

TOMADOR	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3057846647
ASEGURADO	ALEJANDRO GOMEZ PEREZ			CE	385.254
DIRECCION	AV BOYACA NRO. 67 - 75	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3057846647
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

1.EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO 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
3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.
PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA
CONDICIONES ADICIONALES:
FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:
-CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.
- NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.
- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298598406

PIB
07:51:37

Bogotá DC, 30 de junio 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) ALEJANDRO GOMEZ PEREZ identificado(a) con Cédula Extranjería número 385254:

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 30/06/2026 07:52:25 a. m. para **la Cedula de Extranjeria:** Nº. **385254**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **142967384** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:46:53 AM horas del 30/06/2026, el ciudadano extranjero con:

Cédula de Extranjería N° **385254**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 30 de junio de 2026, a las 07:51:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Extranjería
No. Identificación	385254
Código de Verificación	385254260630075107

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES	GJ-P1-F22 Versión 1	

CLASE DE CLIENTE Proveedor [ ] Empleado [X] FECHA DILIGENCIAMIENTO [ ] [ ] [2026] (DÍA / MES / AÑO)

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Alejandro Gomez Perez

Identificación tipo: C.C. [ ] C.E. [X] T.I. [ ] Número 138.52.54

Fecha de Expedición: 27 / 05 / 2025 (DÍA / MES / AÑO)

Expedida en: Bogota

Fecha de Nacimiento: Año 1992 Mes 02 Día 24

Lugar de Nacimiento: Venezuela

Nacionalidad: Venezolano

Dirección Residencia: Autopista 1 a N°1-18-1

Ciudad: Villavicencio

Teléfono casa:

Celular: 3057846647

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado [ ] Independiente [ ] Estudiante [ ] Rentista [ ] Socio [ ] Pensionado [ ]

Código de Actividad "CIIU":

E-Mail: Alexgomezp24@hotmail.com

Ocupación / Profesión: Especialista en Cirugía General

Nombre Empresa donde Trabaja: Hospital Departamental de Granada

Cargo que Desempeña: Especialista en Cirugía General

Dirección Empresa: Calle 15 carrera 2 y 4

Ciudad: Granada - Meta

Teléfono: 6587800

E Mail: gerencia@hospitalgranada.gov.co

PERSONA JURÍDICA

Razón Social:

NIT:

Dirección Oficina Principal:

Ciudad:

Teléfono:

Fax:

Dirección Sucursal o Agencia:

Ciudad:

Teléfono:

Fax:

Tipo de empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Inversión extranjera [ ] Otra [ ] Cuál?

Código de Actividad "CIIU":

E-Mail:

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos:

Total Pasivos:

Ingresos Mensuales:

Otros Ingresos: $

Concepto:

Egresos Mensuales:

Otros Egresos: $

Concepto:

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI [ ] NO [X] Tipo de Transacción: Importación [ ] Exportación [ ]

Inversiones [ ] Préstamos [ ] Transferencias [ ] Otros [ ] Cuál?

Tipo de Producto	Identificación ó Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	Pais	Moneda

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.). ingresos de mi ocupación laboral como Medico General

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4 De manera irrevocable autorizo a HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este Formulario.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6. INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
Bancolombia	Villavicencio	Ahorros	6406901956

7. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma Representante Legal del Proveedor ó Empleado

Huella

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista

Fecha de la entrevista (DÍA / MES / AÑO) Hora

Nombre Funcionario Responsable

Firma Funcionario Responsable

Resultado de la Entrevista

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación (DÍA / MES / AÑO): 31 / 09 / 2026 Hora

Nombre y Cargo de quien verifica: Francsred Sandra Martinez. Subgerente Administrativo.

Firma

Resultado de la Verificación: Su busqueda no arroja ningun resultado.

Búsqueda en la lista de sanciones

Lista de nacionales especialmente designados y personas bloqueadas ("Lista SDN") y todas las demás listas de sanciones administradas por la OFAC, incluida la Lista de evasores de sanciones extranjeras, la Lista de la Ley de Sanciones a Irán no pertenecientes a la SDN, la Lista de identificaciones de sanciones sectoriales, la Lista de instituciones financieras extranjeras sujetas a sanciones de cuenta corresponsal o cuenta a través de pago y la Lista del Consejo Legislativo Palestino no perteneciente a la SDN. Dada la cantidad de listas que ahora residen en la herramienta de búsqueda de listas de sanciones, se recomienda encarecidamente que los usuarios presten mucha atención a los códigos de programa asociados con cada registro devuelto. Estos códigos de programa indican cómo debe tratarse un verdadero impacto en un valor devuelto.La herramienta de búsqueda de listas de sanciones utiliza una coincidencia aproximada de cadenas para identificar posibles coincidencias entre cadenas de palabras o caracteres ingresadas en la búsqueda de listas de sanciones y cualquier nombre o componente de nombre tal como aparece en la lista SDN y/o en las otras listas de sanciones. La búsqueda en la lista de sanciones tiene una barra deslizante que puede usarse para establecer un umbral (es decir, una calificación de confianza) para la cercanía de cualquier posible coincidencia devuelta como resultado de la búsqueda de un usuario. La búsqueda en la lista de sanciones detectará ciertos errores ortográficos u otro texto ingresado incorrectamente y devolverá coincidencias cercanas o próximas, según la calificación de confianza establecida por el usuario a través de la barra deslizante. La OFAC no ofrece recomendaciones respecto a la idoneidad de ninguna calificación de confianza específica.La búsqueda de listas de sanciones es una herramienta que se ofrece para ayudar a los usuarios a utilizar la lista SDN y/o otras listas de sanciones; el uso de la búsqueda de listas de sanciones no sustituye la realización de la debida diligencia. El uso de la Búsqueda en la Lista de Sanciones no limita ninguna responsabilidad penal o civil por cualquier acto realizado como resultado de dicho uso o en función de él.

Descargar la lista SDN | Búsqueda en la lista de sanciones: reglas de uso | Visite el sitio web de la OFAC

Descargue la lista consolidada no SDN | Clave de código del programa

Buscar

Tipo:	Todo	**Dirección:**	
Nombre:	385225	**Ciudad:**	
ID # / Dirección de moneda digital:		**Estado/Provincia:***	
Programa:	Todo 561-Relacionado BALCANES BALCANES-EO14033	**Country:**	All
		List:	Todo
Puntuación mínima del nombre:	100		Búsqueda Restablecer

Resultados de la búsqueda: 0 encontrados

Nombre	Dirección	Tipo	Programa(s)	Lista	Puntuación

Su búsqueda no ha arrojado ningún resultado.

* Estados Unidos los estados están abreviados en las listas SDN y No SDN. Para buscar un EE. UU. específico estado, utilice las dos letras EE. UU. Abreviatura del Servicio Postal.

Lista SDN actualizada por última vez el: 30/07/2026 13:07:23
Lista no SDN actualizada por última vez el: 27/07/2026 13:01:50

ANEXO No. 7 FORMATO DE NO ESTAR INCURSO EN CONFLICTO DE INTERES

Granada – Meta, JULIO 31 · 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. ____ DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Ref.: CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES

Cordial saludo,

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del presente contrato, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incursa en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, los de las Leyes 1952 de 2019, 1474 de 2011 y los del Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser la única responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, que establece: "Falso testimonio. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años".

Cordialmente,

Nombre: Alejandro Gómez Pérez
C.E: 385254
Dirección: Barsal alto conjunto recodo del barzal
Correo Electrónico: Alexgomezp24@hotmail.com
Ciudad: Villavicencio

ANEXOS No. 08 CERTIFICADO DE NO ESTAR INCURSO (A) EN PROCESOS DE INASISTENCIA ALIMENTARIO

Yo Alejandro Gómez Pérez identificado con cedula de Extranjería No 38.52.54 por medio del presente escrito manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que NO tengo conocimiento sobre demandas de carácter alimentario en mi contra, como también expreso que a la fecha NO estoy incursa en procesos por alimentos.

Además, manifiesto que en el evento que surja una condena de esta naturaleza en mi contra saldré al saneamiento de dicha sentencia, como lo estipula el artículo 6° de la ley 311 del 12 de agosto de 1996.

El presente testimonio espontáneo y voluntario se realiza de acuerdo con lo fijado en el artículo 7° del Decreto Ley 019 de 2012 y el artículo 2.2.5.1.8 del decreto 1083 de 2015; y se expide a los 31 días del mes de Enero de 2026, con destino al Hospital Departamental de Granada E.S.E.

Alejandro Gómez Pérez

Firma y No. C.E. 38.52.54

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Alejandro Gomez Perez, identificado(a) con CE número 385254, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CE 385254
NOMBRES Y APELLIDOS	Alejandro Gomez Perez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	24/02/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	10/10/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	143 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	46 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	10/10/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE EXTRANJERIA 385254 ALEJANDRO GOMEZ PEREZ Desde 01/04/2024 - Vigente

Generado por interfaces 01/07/2026

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

POSITIVA

CER_AFI_2026028803374

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ALEJANDRO GOMEZ PEREZ identificado con CE. 385254 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE
Tipo y Numero de Documento	NI - 800037021

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/02/01	**Fecha inicio contrato**	2026/02/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/07/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/07/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de julio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CE02072026N385254A19490500.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALEJANDRO GOMEZ PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Extranjería** número **385254**, se encuentra afiliado/a desde **20/09/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de junio de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Clínica
Emperatriz

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA CLINICA EMPERATRIZ SAS

CERTIFICA:

Que el señor **GOMEZ PEREZ ALEJANDRO,** identificado con cédula de Extranjera No. 385254, está vinculado a esta institución como **MEDICO CIRUJANO** desde el 01 de Abril del año 2024; Mediante contrato por prestación de servicios, devengando un promedio de los últimos tres meses la suma de **$8.111.751 (OCHO MILLONES CIENTO ONCE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS MCTE).**

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los Cuatro días (04) del mes de Julio del 2025.

Cordialmente,

HENRY ANDRÉS ALVAREZ PACHECO

REPRESENTANTE LEGAL

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CE 385254 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 26/06/2026 06:00 PM

Código Verificación: FLQ13ZJBYG

Válida hasta: 24/09/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:00:18 horas del 30/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de extranjería No. 385254.

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa hospital granada ese, con NIT 800037021-7 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2013 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

Certificación
Bancaria

Miércoles, 01 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ALEJANDRO GOME ERE identificado(a) con CE 385254, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS	64069061956	2011-04-26	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitara sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vinculos de correo electronico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co