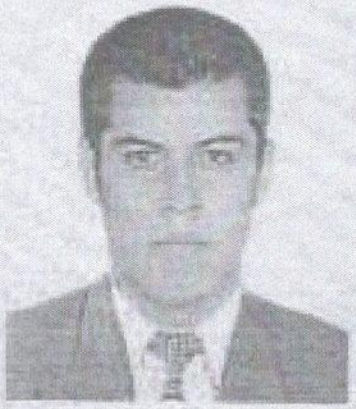
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.126.448.101

ARGOTTY ARGOTTY
APELLIDOS

JAIME ANDRES
NOMBRES

Jaime Andres Argotty.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-1988

VALLE DEL GUAMUEZ
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

10-JUL-2006 VALLE DEL GUAMUEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6402800-70157414-M-1126448101-20070220 02017 07051A 02 173732436

Supía, Caldas,01 Septiembre de 2026

Luz Janeth Ramírez Acevedo
Gerente
Hospital San Lorenzo
Supía, Caldas.

ASUNTO: Presentación de propuesta y oferta económica – Prestación de servicios.

Respetada Gerente:

Yo, **JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY** Identificado con la cédula de ciudadanía número 1.126.448.101 de profesión Médico, procedo a presentar mi oferta de servicios profesionales a realizar en el Hospital que Usted dirige.

Mi propuesta se fundamenta en que es de mi conocimiento que la entidad requiere un Médico con el fin de realizar actividades inherentes a dicha área de la del conocimiento.

Alcance de la propuesta:

1. Propuesta de servicios técnicos como Médico:

En Este sentido me encuentro en la capacidad de brindar mis conocimientos en las siguientes actividades:

Médico General, en forma oportuna, eficiente y efectiva, en las diferentes áreas misionales del Hospital, de conformidad con las necesidades institucionales en forma oportuna, eficiente y efectiva, En caso de ser contratada me comprometo a: 1) Prestar servicios Profesionales en medicina general brindando una atención integral al usuario de los servicios del Hospital 2) Ejercer el liderazgo frente al equipo de salud y en general frente a todos los actores involucrados en la atención de los pacientes. 3) Permanecer actualizada frente al manejo de las patologías de mediana y alta complejidad. 4) Acoger todas las políticas instauradas por el Hospital, tendientes al mejoramiento continuo. 5) Establecer buenas relaciones entre el personal que integra las distintas áreas de la Institución con el fin de garantizar el trabajo armónico y en equipo. 6) Responder por la conservación y mantenimiento de los documentos, elementos y bienes confiados a su uso y rendir oportunamente los informes solicitados acerca de los mismos. 7) Participar activamente en el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, responsabilizándose del cumplimiento de los estándares que se relacionan con los procesos a cargo. 8) Solicitar valoración especializada y/o el traslado de pacientes a otros servicios cuando las circunstancias así lo ameriten y llevar el registro de esas interconsultas o

remisiones. 9) Realizar la solicitud oportuna y racional de exámenes de apoyo diagnostico o terapéutico. 10) Seguir el procedimiento interno para el reporte de las enfermedades de notificación obligatoria. 11) Diligenciar en el módulo correspondiente, en forma correcta, oportuna y completa la información de la historia clínica, así como garantizar la reserva de la misma. 12) Garantizar la calidad en la prestación de los servicios médicos de los servicios asignados. 13) Informar a los pacientes y a sus familiares sobre el diagnóstico, estado de salud, tratamientos a seguir y su pronóstico. 14) Participar en actividades docentes del personal del servicio y de los estudiantes de pre y postgrado de las universidades con las cuales el hospital tiene suscrito convenio docente asistencial. 15) Seguir el conducto regular para planteamiento y solución de situaciones en el desarrollo de sus actividades. 16) De conformidad con las necesidades institucionales, prestar el servicio en las diferentes áreas misionales del Hospital. 17) Mantener una actitud propositiva y responsable en la atención de los pacientes. 18) Estar presto a participar de manera inmediata en casos de emergencia o desastres.

**IDONEIDAD PROFESIONAL**:

Médico general.

Para el evento del posible contrato estaré en capacidad de allegar inmediatamente mi hoja de vida en el formato especial, según indicaciones de la Ley 190 de 1995 y los anexos que acreditan la idoneidad profesional y la experiencia, además copias de los correspondientes certificados de antecedentes judiciales, disciplinarios y fiscales.

2. Condiciones especiales de la oferta en relación con requisitos para contratación con entidades estatales:

Me permito manifestar bajo la gravedad del juramento lo siguiente:

- En el evento que la entidad acepte mi ofrecimiento, manifiesto que no me encuentro incurso en causales de inhabilidad e incompatibilidad y que de acuerdo con mi hoja de vida puedo demostrar mi formación profesional en el área y la experiencia suficiente para la realización del objeto requerido
- Que no me encuentro reportado en el boletín de responsables fiscales
- Que como profesional independiente estoy afiliado a la seguridad social y me encuentro al día en el pago de dichas obligaciones
- Que no tengo antecedentes disciplinarios ni judiciales que me impidan suscribir el eventual contrato que me fuera adjudicado.

3. Propuesta Económica:

La presente propuesta económica se establece bajo la modalidad de pago por horas efectivamente laboradas, de acuerdo con los servicios prestados y las tarifas previamente establecidas para cada actividad o servicio. El valor mensual será

variable y corresponderá a las horas efectivamente ejecutadas durante el período objeto de facturación.

4. Plazo:

El plazo o duración del contrato será concertado por las partes, atendiendo las necesidades o requerimientos de la entidad y su capacidad presupuestal para asumir el compromiso.

5. Lugar de Prestación del Servicio:

Ofrezco prestar mis servicios profesionales al interior de la E.S.E Hospital San Lorenzo E.S.E. de Supia Caldas.

Cordialmente

Jaime Andrés Argotty A.

**JAIME ANDRES ARGOTTY A**
CC:1.126.448.101

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Argotty | Argotty | Jaime Andres |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1126448101 | F ( ) M (X) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 88061875888 D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 18 MES 06 AÑO 1988 | - calle 11 Nº 6-58 barrio Esmeralda | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | PUTUMAYO |
| DEPTO | PUTUMAYO | MUNICIPIO | VALLE DEL GUAMUEZ | | |
| MUNICIPIO | VALLE DEL GUAMUEZ | TELÉFONO | 3133078209 | EMAIL | argottymedic@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

***EDUCACIÓN 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 | |
| PREGRADO | 10 | X | | MEDICINA | 04 | 2012 | 1126448101 |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| POLITECNICO DE COLOMBIA | EDUCACIÓN INFORMAL | 120 | X | | DIPLOMADO DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS EN SALUD | 04 | 2016 |
| LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 10 | X | | PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA (CAP) EN EL MANEJO DE MERGENCIAS | 09 | 2021 |
| MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL | EDUCACIÓN INFORMAL | 10 | X | | NUTRIR CON AMOR: LECHE MATERNA Y ADECUADA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA | 03 | 2022 |
| LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD | EDUCACIÓN INFORMAL | 12 | X | | CURSO VURTUAL mhGAP HUMANITARIO | 03 | 2022 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION IFC | EDUCACIÓN INFORMAL | 40 | X | | ATENCION DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD | 03 | 2022 |
| ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA ESAP | EDUCACIÓN INFORMAL | 100 | X | | DIPLOMADO EN ESTADISTICAS VITALES. CERTIFICACION DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES | 06 | 2022 |
| FUNCION PUBLICA | EDUCACIÓN INFORMAL | 6 | X | | FUNDAMENTOS GENERALES MIPG | 01 | 2023 |
| FUNCION PUBLICA | EDUCACIÓN INFORMAL | 6 | X | | OCHO MODULOS MIPG | 02 | 2023 |
| POLITECNICO DE SURAMERICANA | EDUCACIÓN INFORMAL | 120 | X | | AIEPI CLÍNICO | 08 | 2023 |
| OPS | EDUCACIÓN INFORMAL | 6 | X | | APLICACIÓN DEL PAQUETE ASSIST-DIT DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN BREVE PARA EL CONSUMO RIESGOSO Y NOCIVO DE SUSTANCIAS | 02 | 2024 |
| UNIVERSIDAD DEL CALDAS | EDUCACIÓN INFORMAL | 8 | X | | REANIMACION NEONATAL | 12 | 2024 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 40 | X | | TRIAGE, SISTEMA DE SELECCION Y CLASIFICACION DE PACIENTE | 01 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 40 | X | | CESACION DEL CONSUMO DE TABACO Y ATENCION DE TABAQUISMO | 02 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 50 | X | | ATENCION INTEGRAL A LA DESNUTRICION AGUDA | 02 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 120 | X | | PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS | 02 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 120 | X | | MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS | 02 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 80 | X | | MANEJO Y GESTION DEL DUELO | 02 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 120 | X | | IAMI | 02 | 2025 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 40 | X | | ATENCION INTEGRAL PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | 02 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 60 | X | | SOPORTE VITAL AVANZADO | 02 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 45 | X | | ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES | 02 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 80 | X | | ATENCION PRE-HOSPITALARIA | 02 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 120 | X | | ATENCION DE VICTIMAS CON AGENTES QUIMICOS | 02 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 25 | X | | ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES | 06 | 2025 |
| INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA COLOMBIA | EDUCACIÓN INFORMAL | 50 | X | | DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE MAMA | 11 | 2025 |
| DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS | EDUCACIÓN INFORMAL | 44 | X | | PROGRAMA ACCION MUNDIAL PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL mhGAP 2.0 | 11 | 2025 |
| INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA COLOMBIA | EDUCACIÓN INFORMAL | 50 | X | | DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE PROSTATA | 12 | 2025 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 60 | X | | SOPORTE VITAL BASICO | 02 | 2026 |
| OPS | EDUCACIÓN INFORMAL | 10 | X | | CURSO VIRTUAL DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES | 05 | 2026 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 40 | X | | ATENCION PSICOSOCIAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO | 06 | 2026 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 80 | X | | SEGURIDAD DEL PACIENTE | 06 | 2026 |
| INSTITUTO DE FORMACION Y CAPACITACION | EDUCACIÓN INFORMAL | 45 | X | | HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD | 06 | 2026 |
| FUNDACION NEUMOLOGICA COLOMBIANA | EDUCACIÓN INFORMAL | 60 | X | | Curso Virtual de actualización en EPOC – AZCHOOL | 06 | 2026 |

## 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 |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SINDICATO DE TRABAJADORES Y SERVIDORES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO SINTRASERSALUD | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CALDAS | *MUNICIPIO*<br>SUPÍA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3043372891 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 01 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2026 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COMO MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Carrera 21 # 30 – 03 Ed. Los Arquitectos Of. 505 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE LA HORMIGA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>VALLE DEL GUAMUEZ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3182528532 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>BARRIO LA PARKE VIA EL ROSAL | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE LA HORMIGA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>VALLE DEL GUAMUEZ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3182528532 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>BARRIO LA PARKE VIA EL ROSAL | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE LA HORMIGA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>VALLE DEL GUAMUEZ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3182528532 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2021 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>BARRIO LA PARKE VIA EL ROSAL | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE LA HORMIGA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>VALLE DEL GUAMUEZ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3182528532 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 10 | *Mes* | 01 | *Año* 2020 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2020 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>BARRIO LA PARKE VIA EL ROSAL | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE LA HORMIGA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>VALLE DEL GUAMUEZ | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3182528532 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 01 | *Año* | 2019 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>BARRIO LA PARKE VIA EL ROSAL | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE LA HORMIGA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>VALLE DEL GUAMUEZ | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3182528532 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* | 2018 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA ASISTENCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>BARRIO LA PARKE VIA EL ROSAL | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 5 | 11 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Zipaquirá/Caldas 01/09/2026

Jaime André Argoty

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

**9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Jaime Andres Argotty Argotty

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1126448101 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia. Departamento Caldas Municipio Supia

Dirección Calle 35 # 6-13 Apto 202 / La Pista Teléfonos 3133078209.

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Carmen Cecilia Argotty Cosgaya | CC 69030017 | Madre. |
| Andres Felipe Argotty Agudelo | TI 1055761450 | Hijo. |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 102,277,000 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | 102,277,000 - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| TOTAL | $ 102,277,000 - |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Bancolombia | Ahorros. | 45112485116 | Puerto Asis | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| Vehiculo | Renault Steway 2022 Placa GDL-566 | 65,00.0.000 |
| | | |
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| Fepasde | Crédito vehicular | 35.000.000 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | N° |
|---|---|---|
| Gloria Alejandro Agudelo Rios | C.C. X C.E. T.I. | 25113115 |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

Jaime Andrés Argotty A.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Supia 31/Agosto/2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

El servicio público es de todos | 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)**

**Nombres y apellidos completos**

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| Jaime | Andres | Argotty | Argotty |

**Documento de identificación**
C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1126448101

**Lugar de Nacimiento**
País Colombia. Departamento Putumayo Municipio Valle del Guamuez

**Lugar de domicilio**
País Colombia Departamento Caldas. Municipio Supia

**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.**
Ese Hospital San Lorenzo

**Cargo o función que cumple**
Medico General.

**Lugar de sede**
País Colombia. Departamento Caldas. Municipio Supia

Dirección Carrera 7 N° 25-12.

**Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019**

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | 102,277,000 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | 102,277,000 |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | 102,277,000 |

**b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:**

| TIPO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA (PAÍS) | SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR |
|---|---|---|
| Ahorros | Colombia | 1'500.000 |
| | | |

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | PAÍS DE UBICACIÓN | DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN | MUNICIPIO DE UBICACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| Vehiculo | Colombia. | Caldas | Supia | 65.000.000 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| CONCEPTO | SALDO |
|---|---|
| Fepa's de - Credito Vehicular. | 35.000.000 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

# 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

## 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

**INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE**

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI [X] NO [ ]

| NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos) | TIPO DE SOCIEDAD | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|---|---|---|

| Gloria Alejandra Agudelo | 25113115 |
|---|---|

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

**PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL**

| PARENTESCO | 303 | | | | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | Primer nombre | Segundo Nombre | Primer apellido | Segundo apellido | |
| Carmen Cecilia (Madre) | Carmen | Cecilia | Argotty | Cuasquer | 69030017 |
| Hijo | Andres | Felipe | Argotty | Agudelo. | 1055761450 |
| Hermana | Nora | Lizeth | Argotty | Argotty | 1126452813 |
| | | | | | |
| | | | | | |

## 2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

| GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | 3 | |
| | | |
| | | |

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

a) 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

| TIPO DE INVERSIÓN | VALOR | PAÍS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

| NOMBRE | VALOR DE LA DONACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| 2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS |
|---|

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

| DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 30/08/2026 02:43:24 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1126448101** y Nombre: **JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY.**

## 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. **146661029** . 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 02:45:34 PM horas del 30/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1126448101**
Apellidos y Nombres: **ARGOTTY ARGOTTY JAIME ANDRES**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

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 domingo 30 de agosto de 2026, a las 14:47:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1126448101 |
| Código de Verificación | 1126448101260830144722 |

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302073379

PIB
14:48:45


Bogotá DC, 30 de agosto 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) JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1126448101:

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 Politica 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.**

# Certificado
## Bancario

Martes, 19 de abril de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY identificado(a) con CC 1126448101, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 45112485116 | 2020/08/11 | CXC PENDIENTES |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (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.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

# 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 14:51:10 horas del 30/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1126448101,** Apellidos y Nombres **ARGOTTY ARGOTTY JAIME ANDRES**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ese hospital san lorenzo**, con NIT **890801758-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

---

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 CC 1126448101 **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 30/08/2026 02:59 PM

Código Verificación: **CV86M5R791**

Válida hasta: **28/11/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141196686855

(415)7707212489984(8020) 000014119668685 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 1 2 6 4 4 8 1 0 1 | 8 | Impuestos y Aduanas de Manizales | 1 0 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 2 6 4 4 8 1 0 1 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Valle del Guamuez 8 6 5 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARGOTTY | ARGOTTY | JAIME | ANDRES |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Caldas 1 7 | Supía 7 7 7 |

41. Dirección principal
BL BRR MONTERREY

42. Correo electrónico argottymedic@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 2 7 3 6 7 1 6 | 3 1 3 3 0 7 8 2 0 9 |

## 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 2 0 5 0 9 | | | | | | |

### 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 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3; 57. Modo; 58. CPC |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-08-11 / 07:00:37PM

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: Jaime Andres Argotty A

984. Nombre ARGOTTY ARGOTTY JAIME ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1126448101

Primer Nombre

jaime

Primer Apellido

argotty

Confirme los números de la Imagen *

4045

Cambiar

4494

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2023-11-29→11:19:58 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1126448101 | JAIME | ANDRES | ARGOTTY | ARGOTTY | Vigente | Ver |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY identificado(a) con CC 1126448101 registra La siguiente información:**

**2023-11-29→11:19:58 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2013-08-08 | 860273 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

**Datos SSO**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|PUTUMAYO\|VALLE DEL GUAMUEZ | 2012-08-01 | 2013-07-31 | Prestación de Servicios Profesionales | Medicina |

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

## Esquema de Vacunación

### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 209eaa7-1e3b-46d0-826e-0639813 7be57

Nombres y apellidos / Full name: JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 2 6 4 4 8 1 0 1

Fecha de nacimiento / Date of birth: 18/06/1988

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3202558965

Correo electrónico / e-mail: NOAPLICA@GMAIL.COM

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination Dia / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B Adultos | Primera | 18 | 07 | 2005 | | | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | |
| TD Adulto | Primera | 18 | 07 | 2005 | | | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | |
| Hepatitis A Adultos | Primera | 18 | 07 | 2005 | | | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | |
| Neumococo Conjugado 13valente Particular | Primera | 18 | 07 | 2005 | | | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | |
| TD Adulto | Segunda | 24 | 10 | 2005 | | | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | |
| Neumococo Conjugado 13valente Particular | Segunda | 24 | 10 | 2005 | | | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | |
| Hepatitis A Adultos | Segunda | 11 | 02 | 2006 | | | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | |
| Hepatitis B Adultos | Segunda | 18 | 07 | 2006 | | | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | |
| Hepatitis B Adultos | Tercera | 08 | 08 | 2006 | | | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | |
| TD Adulto | Tercera | 16 | 02 | 2007 | | | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | |
| COVID SINOVAC | Primera | 09 | 04 | 2021 | Sinovac | E202102011 | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | DIANA FERNANDA TAQUEZ TULCAN |
| COVID SINOVAC | Segunda | 17 | 05 | 2021 | Sinovac | C202103045 | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | YANET RINCON TRIVIÑO |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 26 | 08 | 2021 | BUTANTAN | 230049 | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | YAINI MACYORI MEZA DAZA |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 23 | 09 | 2021 | | V3B871V | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | MARIA EUGENIA RODRIGUEZ |

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 this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

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

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

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

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

## Esquema de Vacunación

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 205feaa7-1e3b-46d0-825e-06398137be57

Nombres y apellidos / Full name: JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 2 6 4 4 8 1 0 1

Fecha de nacimiento / Date of birth: 18/06/1988

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3202558965

Correo electrónico / e-mail: NOAPLICA@GMAIL.COM

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID SINOVAC | Primer Refuerzo | 25 | 02 | 2022 | Sinovac | B202108115 | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | DIANA PATRICIA CAMPAÑA QUINISQUIN |
| COVID MODERNA BIVALENTE | Adicional | 21 | 12 | 2023 | Catalent Indiana | 010B23-2A | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS | ESDEIRI SOLANDI ERAZO |
| Fiebre Amarilla | Única | 11 | 03 | 2026 | CHUMAKOV | 323 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA | MARIA LUCERO CATAÑO SUAREZ - CC25058652 - ACTIVO |

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **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 camé 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 Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

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

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

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

La República de Colombia
y en su nombre, el

# Colegio Champagnat

Ipiales, Nariño

Autorizado por la Secretaría de Educación y Cultura de Nariño,
según Resolución No. 650 del 13 de julio de 1998,

Confiere a:

# Jaime Andrés Argotty Argotty

Identificado con T.I. No. 880618-75888 de Ipiales, Nariño

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, según plan de estudios.

COLEGIO CHAMPAGNAT RECTORÍA

Mag. Alvaro Germán Flórez Rosero
Rector

COLEGIO CHAMPAGNAT SECRETARÍA

Tec. Yaneth Patricia Velasco Pinchao
Secretaria

Anotado al Folio No. 182 Libro de Registro No. 01 del Colegio

Dado en Ipiales, Nariño, a los 25 días del mes de junio del año 2005

Premilla

# Acta de Grado No. 46
# Colegio Champagnat

Dirección Carrera 1A No. 10-49 Tel: 732224-730145 Fax 733619
Ciudad Ipiales, Departamento Nariño
Jornada Mañana

Inscripción S.E. 63356060
Dane 352356000131
Icfes 011627

En la ciudad de Ipiales, Nariño, a los 25 días del mes de junio del año 2005 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del

## Colegio Champagnat

Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento de Nariño, para otorgar el Título de

BACHILLER ACADEMICO

según Resolución No. 650 del 13 de julio de 1998 hasta Grado Once.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de

## Bachiller Académico

al graduando(a) cuyos nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación

## Jaime Andrés Argotty Argotty

Identificado con T.I. No. 880618-75888 de Ipiales, Nariño

Es fiel copia tomada del Acta General No. 46 de fecha 25 de junio de 2005 que consta de treinta y ocho (38) alumnos; que comienza con el nombre de

GERMAN EDUARDO ARANGO RAMIREZ

y se cierra con el nombre de

RUBEN DARIO ZABALA GUZMAN

Firmada y sellada por Mag. ALVARO GERMÁN FLÓREZ ROSERO (Rector) y Tec. YANETH PATRICIA VELASCO PINCHAO (Secretaria)

En Ipiales, Nariño, a los 25 días del mes de junio de 2005

Firmada y Sellada

COLEGIO CHAMPAGNAT
RECTORÍA

Mag. ALVARO GERMAN FLOREZ ROSERO
C.C. No. 13.006.965 de Ipiales, Nariño
Rector

COLEGIO CHAMPAGNAT
SECRETARÍA

Tec. YANETH PATRICIA VELASCO PINCHAO
C.C. No. 37.010.246 de Ipiales, Nariño
Secretaria

# La República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

# Universidad Santiago de Cali

Con Personería Jurídica No. 2800 de 1959 del Ministerio de Justicia

## Confiere el Título de

# Médico

a

# Jaime Andrés Argotty Argotty

C.C.No. 1.126.448.101

En testimonio de ello se expide el presente Diploma en Santiago de Cali, Valle del Cauca, el día 30 del mes de Abril de 2012

Jefferson Ocoró Montaño
Decano Facultad de Salud

Carlos Andrés Pérez Calindo
Rector de La Universidad

Fortunato García Wallis
Secretario General de la Universidad

No 10026-A

USC
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

# Acta de Grado
**(No. 2266)**

EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI, CAPITAL DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA, A LAS 3:00PM DEL DIA 30 DE ABRIL DE 2012, LA SECRETARIA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, HIZO ENTREGA DE LA PRESENTE ACTA A:

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

C.C No.1126448101

QUE JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY CON REGISTRO DE GRADO No.44368, CUMPLIO CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY PARA OPTAR SU TITULO PROFESIONAL. POR LO ANTERIOR, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI LE CONFERIRA EL TITULO DE:

## MEDICO

CODIGO APROBACION ICFES 18054610000760011100

QUE SU DIPLOMA DEBIDAMENTE REGISTRADO LE SERA ENTREGADO EN CEREMONIA SOLEMNE DE GRADUACION EN FECHA FIJADA POR LA UNIVERSIDAD SEGUN R-021 DE 2012.

| | |
|---|---|
| (FDO) RECTOR | DR. CARLOS ANDRES PEREZ GALINDO |
| (FDO) SECRETARIO GENERAL | DR. FORTUNATO GARCIA WALLIS |
| (FDO) DECANO DE FACULTAD | DR. JEFFERSON OCORO MONTAÑO |

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA EN SANTIAGO DE CALI, A LOS TREINTA (30) DIAS DEL MES DE ABRIL DE DOS MIL DOCE (2012)

**FORTUNATO GARCIA WALLIS**
SECRETARIO GENERAL

*Proyectó y revisó : Isabel Chavez Erazo*
*Aprobó: Dr. Fortunato Garcia Wallis*

Nº 7838

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO
Putumayo Solidario y Competitivo
Despacho Secretaria de Salud

**RESOLUCION NÚMERO 86-0273 DE 2013**
**(8/Agosto/ 2013)**
Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

**LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL PUTUMAYO**
En cumplimiento del Decreto No.1875 de Agosto de 1994 y Decreto 1352 de Julio de 2000 y

**CONSIDERANDO:**

Que el señor **JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY**, identificado con cédula de ciudadania 1.126.448.101 expedida en Valle del Guamuez, Solicitó a la Secretaria de Salud del Departamento del Putumayo, autorización del ejercicio profesional como **MEDICO**, diploma que le otorgo La Universidad Santiago de Cali del Valle del Cauca , según acta de grado No. 2266 del 30 de Abril de 2012.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado con el folio No.175, Libro No. 1 de La Universidad Santiago de Cali del Valle del Cauca.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio (SSO), en la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS de la Hormiga Municipio Valle del Guamuez Departamento del Putumayo, durante el periodo comprendido entre el 01 de Agosto de 2012 al 31 de julio de 2013.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO**: Autorizar a **JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY**, Identificado con cédula de ciudadania 1.126.448.101 expedida en Valle del Guamuez, para ejercer la Profesión de **MEDICO** en todo el Territorio Nacional.

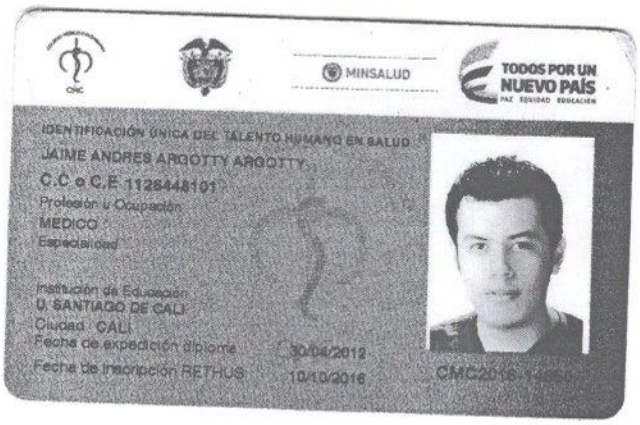
**ARTICULO SEGUNDO**: Para poder ejercer la profesión en otra área geográfica diferente a donde se autorizó el titulo, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

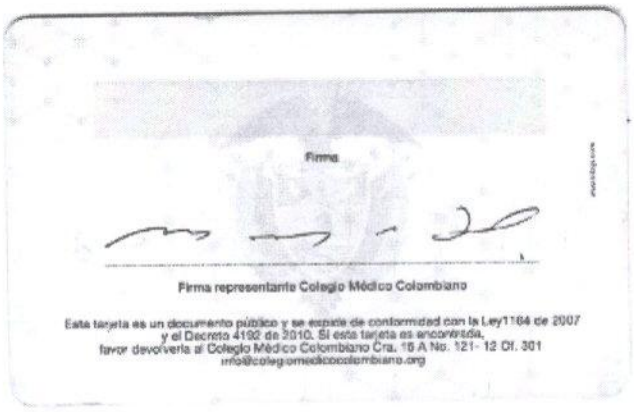
**Comuníquese, notifíquese y cúmplase**
Dada en Mocoa el día, **(8/Agosto/ 2013)**

**ELIZABETH ORTEGA ERAZO**
Secretaria de Salud Departamental

Proyecto: Esperanza Narváez

Revisó: Ivonne Triana
P.U. - SSD


MINSALUD
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY
C.C o C.E 1128448101
Profesión u Ocupación
MEDICO
Especialidad
Institución de Educación
U. SANTIAGO DE CALI
Ciudad CALI
Fecha de expedición diploma 30/04/2013
Fecha de inscripción RETHUS 10/10/2016
CMC2016-13956


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. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org

Sintrasersalud

# Sindicato de Trabajadores y Servidores del Sistema de Salud Colombiano

*Mejora contínua de la calidad en la atención en salud*

**NIT. 901.202.306 – 4**

**EL SINDICATO DE TRABAJADORES Y SERVIDORES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO "SINTRASERSALUD"**

**Certificado N° 26 S - 278**

## C E R T I F I C A

Que el SINDICATO DE TRABAJADORES Y SERVIDORES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO "SINTRASERSALUD" es una Organización Sindical de Primer Grado y de industria o por rama de actividad económica – Salud, formado por trabajadores y empleados que laboran bajo cualquier modalidad contractual en el sistema de salud y el cual funciona de conformidad con la Constitución Nacional, los convenios internacionales de la OIT y el Código Sustantivo de Trabajo.

Que "SINTRASERSALUD" como agremiación sindical celebró contrato sindical de prestación de servicios, de carácter colectivo laboral con el Hospital San Lorenzo de Supia – Caldas, cuyo objeto lo constituye la prestación de servicios para la ejecución de procesos hospitalarios a los usuarios indicados por la entidad hospitalaria.

Que el señor **JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY,** identificado con cédula de ciudadanía **N. 1.126.448.101** estuvo afiliado a "SINTRASERSALUD", dentro del proceso **ASISTENCIAL** como **MEDICO GENERAL** desde el 06 de enero de 2024 hasta el 31 de agosto de 2026, quién vinculó su trabajo personal, en ejercicio de la libertad sindical y principios del derecho colectivo del trabajo, en el contrato sindical con el Hospital San Lorenzo de Supia – Caldas.

Para constancia, se firma en el Municipio de Supía – Caldas, a los treinta y uno (31) días del mes de agosto del 2026.

**EDDIE BARRAGAN GUEVARA**

Presidente de la Junta Directiva



Carrera 21 # 30 – 03 Ed. Los Arquitectos Of. 505 - Manizales, Colombia
Tel: 304 3372891

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE SINTRASERSALUD. SE PROHIBE CUALQUIER COPIA O REPRODUCCIÓN DE ESTE MATERIAL SIN PREVIA AUTORIZACION

nueva eps

CERTIFICA

El(La) Señor(a) JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY identificado(a) con CC 1126448101 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **15/03/2022** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **VIVA 1A IPS SA MANIZALES CENTRO PGP** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 30 días del mes de agosto del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**
Nueva EPS S.A

# Protección

Una empresa sura

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **ARGOTTY ARGOTTY JAIME ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.126.448.101** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de agosto de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 30 de agosto de 2026.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
*o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a* **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

## CERTIFICADO MEDICINA LABORAL

YEPLABO .S.A.S

NIT : 901934758-0

**CIUDAD:** **SUPIA – CALDAS** **FECHA: 31-08-2026**

## INFORMACION DE LA EMPRESA

EMPRESA: HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA CALDAS

## INFORMACION DEL PACIENTE

**NOMBRES**: JAIME ANDRES

**PRIMER APELLIDO**: ARGOTTY **SEGUNDO APELLIDO**: ARGOTTY

**N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD**:1126448101 **EDAD 38** AÑOS

**FECHA DE NACIMIENTO**:18/06/1988 **DIRECCION : BARRIO LA PISTA SUPIA**

**ESTADO CIVIL:** CASADO **EPS:** NUEVA EPS

**CARGO:** MEDICO

## SIGNAO VITALES

FC 85 LPM PA 110/80 PESO 78 KILOS

ESTATUTA 1.70 CM

VISION CON GAFAS MEDICADAS OJO DERECHO 20/20 OJO IZQUIERDO 2020

## ANTECEDNTES

QUIRURGICO ALERGICO NIEGA PATOLOGIA MIOPIA

## TIPO DE EXAMEN MEDICO

DE INGRESO: **examen ocupacional con énfasis en osteomuscular**

## EXAMENES PRACTICADO

| EXAMENES | SI | LABORATORIOS | SI |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL | X | Parcial orina ,coprológico, perfil infeccioso | |
| OPTOMETRÍA / VISIOMETRIA | X | | |
| AUDIOMETRÍA | X | | |
| ESPIROMETRÍA | | | |

## RESULTADOS DE VALORACIONES

| | |
|---|---|
| Apto para trabajar en manipulación de alimento | |
| Apto para cargo con patología que no limita su labor | |
| Apto para cargo con restricción | |
| Apto para cargo con restricción | |
| Apto para desempeñar trabajo de altura | |
| Apto para cargos sin patología aparente | X |
| Aplazado | |
| No apto | |

## CONCEPTO LABORAL

**OBSERVACIONES RESTRICIONES : NO**

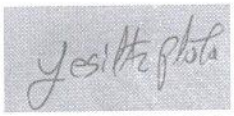
## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

| MEDICOS | OCUPACIONAL | ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y HÁBITOS |
|---|---|---|
| *SATIFACTORIO* | Uso de E.P.P:<br>- uso de elementos de protección relacionados para la labor asignada | Iniciar Actividad Física: Ejercicio aeróbico periódico |
| Observaciones: No | Observaciones: No | *Observaciones: SATIFACTORIO* |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: He autorizado o (a) al médico Especialista en Salud Ocupacional arriba mencionado (a), realizar en mí el examen médico ocupacional y paraclínicos ocupacionales registrados en este documento conforme quedo registrado en la Historia Clínica Ocupacional he comprendido he tenido la oportunidad de revisar, el propósito, beneficios, las interpretaciones, las recomendaciones y riesgos del examen médico ocupacional, los paraclínicos ocupacionales a partir de la asesoría brindada antes de las respectivas tomas de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomara YEPLABO.S.A.S, para proteger la confidencialidad de nuestros resultados. Manifiesto ante mi firma bajo la gravedad de juramento de las respuestas dada.

**MEDICO:**

FIRMA Y SELLO: 
NOMBRE YESITH PLATA BORJA LICENCIA: 17-0800 DEL 2025
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C112644810100343677**
**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) **JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY**, identificado(a) con C.C. No. 1126448101 y T.P. o R.M. No. 86 273/2013 del(a) Secretaria de Salud departamental del Putumayo, 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 lunes 31 agosto 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA PRESIDENTE

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
Presidente

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

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**

**NIT: 1126456101-1**

Para verificar la validez de este certificado, ingrese a este QR y digite el número de cedula

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

*C.C* 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez

**APROBO EL CURSO TALLER:**

## "SOPORTE VITAL BÁSICO-SVB-BLS"

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

**INTENSIDAD HORARIA:** 60 HORAS

**LICENCIA No. 3182 del 2021/Decreto 4904/2009 Cap. 5.8 ministerio de educación**

**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los dieciséis días del mes de febrero del 2025.**

VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO
DIRECTORA ACADÉMICA

FECHA DE RENOVACIÓN; FEBRERO 2027
PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

IFC INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN
Email: institutoifc2016@gmail.com Cel.: 3232033129 - 3138016821

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**

**NIT: 1126456101-1**

Para verificar la validez de este certificado, ingrese a este QR y digite el número de cédula.

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

*C.C* 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez

**EL CURSO TALLER:**

## "SOPORTE VITAL AVANZADO-SVA-ACLS"

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

**INTENSIDAD HORARIA:** 60 HORAS.

**LICENCIA No. 3182 del 2021/Decreto 4904/2009 Cap. 5.8 ministerio de educación**

**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los dieciocho días del mes de febrero del 2025.**

VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO
DIRECTORA ACADÉMICA

Email: institutoifc2016@gmail.com Cel.: 3232033129 - 3138016821

FECHA DE RENOVACIÓN; FEBRERO 2027
PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**

**NIT: 1126456101-1**

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

*C.C* 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez

**APROBO EL CURSO TALLER:**

## "ATENCION DE VICTIMAS CON AGENTES QUIMICOS"

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

1. **INTERRUMPIR** La acción del agente en la victima del ataque.
2. **RESCATAR** A la victima cuando haya finalizado el lavado.
3. **TRASLAD** Inmediatame[illegible] seevicio de Urgencias

**INTENSIDAD HORARIA:** 120 HORAS

**LICENCIA No. 3182 del 2021/Decreto 4904/2009 Cap. 5.8 ministerio de educación**

**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los veinticuatro días del mes de febrero del 2025.**

VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO
DIRECTORA ACADÉMICA

Para verificar la validez de este certificado, ingrese a este QR y digite el número de cédula.

Cel.: 3232033129 - 3138016821
Email: institutoifc2016@gmail.com

FECHA DE RENOVACIÓN; FEBRERO 2027
PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**

**NIT: 1126456101-1**

Para verificar la validez de este certificado, ingrese a este QR y digite el número de cédula

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

*C.C* 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez

**APROBO EL CURSO TALLER:**

## "ATENCION INTEGRAL PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL"

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

**INTENSIDAD HORARIA:** 40 HORAS

**LICENCIA No. 3182 del 2021/Decreto 4904/2009 Cap. 5.8 ministerio de educación**

**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los catorce días del mes de febrero del 2025.**

VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO
DIRECTORA ACADÉMICA

FECHA DE RENOVACIÓN FEBRERO 2027
PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN
IFC
Cel.: 3232033129- 3138016821
Email:institutoifc2016@gmail.com

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**

**NIT: 1126456101-1**

Para verificar la validez de este certificado, ingrese a este QR y digite el número de cédula

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

*C.C* 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez



**APROBO EL CURSO TALLER:**

## "MANEJO Y GESTION DE DUELO"

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

**INTENSIDAD HORARIA:** 80 HORAS

**LICENCIA No. 3182 del 2021/Decreto 4904/2009 Cap. 5.8 ministerio de educación**

**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los diez días del mes de febrero del 2025.**

**VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO**
**DIRECTORA ACADÉMICA**

INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN IFC

Email: institutoifc2016@gmail.com Cel.: 3232033129 - 3138016821

FECHA DE RENOVACIÓN; FEBRERO 2027

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**

**NIT: 1126456101-1**

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

C.C 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez

**APROBÓ EL CURSO TALLER:**

## "SEGURIDAD DEL PACIENTE"

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

**INTENSIDAD HORARIA:** 80 HORAS

**Decreto 1075 de 2015 Título II, Parte 2, Capítulo 3, ART. 2.2.3.3.1.1**

**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los ocho días del mes de junio del 2026.**

VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO
DIRECTORA ACADÉMICA

Email: institutoifc2016@gmail.com Cel.: 3232033129 - 3138016821

FECHA DE RENOVACIÓN; JUNIO 2028

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**

**NIT: 1126456101-1**

Para verificar la validez de este certificado, ingrese a este QR y digite el número de cédula.

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

*C.C* 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez

**APROBO EL CURSO TALLER:**

## "PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS (PAPS)"

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

**INTENSIDAD HORARIA:** 120 HORAS

**LICENCIA No. 3182 del 2021/Decreto 4904/2009 Cap. 5.8 ministerio de educación**

**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los seis días del mes de febrero del 2025.**

**VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO**
**DIRECTORA ACADÉMICA**

Email: institutoifc2016@gmail.com Cel.: 3232033129 - 3138016821

FECHA DE RENOVACIÓN; FEBRERO 2027
PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**

**NIT: 1126456101-1**

Para verificar la validez de este certificado, ingrese a este QR y digite el numero de cédula.

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

*C.C* 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez

**APROBO EL CURSO TALLER:**

## "CESACION DEL CONSUMO DE TABACO Y ATENCIÓN DE TABAQUISMO"

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

**INTENSIDAD HORARIA:** 40 HORAS

**LICENCIA No. 3182 del 2021/Decreto 4904/2009 Cap. 5.8 ministerio de educación**

**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los dos días del mes de febrero del 2025.**

**VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO**
**DIRECTORA ACADÉMICA**

IFC INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

Email: institutoifc2016@gmail.com Cel.: 3232033129 - 3138016821

FECHA DE RENOVACIÓN; FEBRERO 2027

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Jaime Andres Argotty Argotty*

ha participado y aprobado el Programa de Capacitación en la

**Aplicación del Paquete ASSIST-DIT de Detección e Intervención Breve para el Consumo Riesgoso y Nocivo de Sustancias**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 6 - Porcentaje de aprobación: 72,00 %

8 de febrero de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=65c4f0be-d590-423a-ab1b-b0ffac1f019a

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**
**NIT: 1126456101-1**

Para verificar la validez de este certificado, ingrese a este QR y digite el numero de cédula

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

*C.C* 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez

**APROBÓ EL CURSO TALLER:**

**"ATENCION PSICOSOCIAL A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO- PAPSIVI"**

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

**INTENSIDAD HORARIA:** 40 HORAS

**Decreto 1075 de 2015 Título II, Parte 2, Capítulo 3, ART. 2.2.3.3.1.1**
**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los dos días del mes de junio del 2026.**

VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO
DIRECTORA ACADÉMICA

Email: institutoifc2016@gmail.com Tel.: 3232033129 - 3138016821

FECHA DE RENOVACIÓN; JUNIO 2028
PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**

**NIT: 1126456101-1**

Para verificar la validez de este certificado, ingrese a este QR y digite el número de cédula.

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

*C.C* 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez

**APROBO EL CURSO TALLER:**

## "MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS"

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

**INTENSIDAD HORARIA:** 120 HORAS

**LICENCIA No. 3182 del 2021/Decreto 4904/2009 Cap. 5.8 ministerio de educación**

**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los ocho días del mes de febrero del 2025.**

VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO
DIRECTORA ACADÉMICA

INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN IFC

Email: institutoifc2016@gmail.com Cel.: 3232033129 - 3138016821

FECHA DE RENOVACIÓN; FEBRERO 2027

PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

POLITECNICO DE®
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

# JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

Con Documento de Identidad No 1126448101

**CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN**

**AIEPI CLÍNICO**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

**MEDELLÍN - JULIO 26 DE 2023 A AGOSTO 15 DE 2023**
**Registrado en el Libro de Actas No 0020230815**
**CÓDIGO DE SEGURIDAD 230815S**

**Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda**
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo
matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**

**NIT: 1126456101-1**

Para verificar la validez de este certificado, ingrese a este QR y digite el numero de cedula

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

*C.C* 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez

**APROBO EL CURSO TALLER:**

**"HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD"**

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

**INTENSIDAD HORARIA:** 45 HORAS

**Decreto 1075 de 2015 Título II, Parte 2, Capítulo 3, ART. 2.2.3.3.1.1**

**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los once días del mes de junio del 2026.**

VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO
DIRECTORA ACADÉMICA

Email: institutoifc2016@gmail.com Cel.: 3232033129 - 3138016821

FECHA DE RENOVACIÓN JUNIO 2028
PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

# IFC | INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN

**"POR LA EXCELENCIA, CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EN SALUD"**

**NIT: 1126456101-1**

Para verificar la validez de este certificado, ingrese a esta QR y digite el número de cédula.

**Consta que:**

## JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY

*C.C* 1.126.448.101 Expedida en Valle del Guamuez

**APROBO EL CURSO TALLER:**

## "TRIAGE, SISTEMA DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES"

**Según Res 3100 de 2019 Ministerio de salud y protección social**

1 2 3 4 5

**INTENSIDAD HORARIA:** 40 HORAS

**LICENCIA No. 3182 del 2021/Decreto 4904/2009 Cap. 5.8 ministerio de educación**

**En constancia se firma en la Hormiga (PTYO), a los treinta días del mes de enero del 2025.**

**VICTORIA PALACIOS ZAMBRANO**
**DIRECTORA ACADÉMICA**

INSTITUTO DE FORMACIÓN & CAPACITACIÓN
IFC
Email: institutoifc2016@gmail.com Cel.: 3232033129 - 3138016821

FECHA DE RENOVACIÓN; ENERO 2027
PARA VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO, SCANEE EL CÓDIGO QR Y DIGITE EL NUMERO DE CEDULA.

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. |
|---|---|---|---|---|
| PASTO | PASTO | EMISION ORIGINAL | 41-03-101016786 | 0 |

TOMADOR **JAIME ANDRES ARGOTY ARGOTY** CC **1.126.448.101**

DIRECCION **CL 35 NRO. 6 - 13 APTO 202** CIUDAD **SUPIA, CALDAS** TELEFONO **3133078209**

ASEGURADO **JAIME ANDRES ARGOTY ARGOTY** CC **1.126.448.101**

DIRECCION **CL 35 NRO. 6 - 13 APTO 202** CIUDAD **SUPIA, CALDAS** TELEFONO **3133078209**

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) |
|---|---|---|---|---|
| 19 / 06 / 2026 | 18 / 06 / 2026 | 18 / 06 / 2027 | 18 / 06 / 2026 | 18 / 06 / 2027 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| CRG AGENCIA DE SEGUROS LTDA | 143664 | 100.00 |

| COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA | % PARTICIPACION |
|---|---|
| | |

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|---|
| **PERJUICIO PATRIMONIAL** | | $ 525,271,500.00 | | |
| | **ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD** | $ 525,271,500.00 | | |
| | **GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD** | | | $ 157,581,450.00 |

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:** | $ *******525,271,500.00 | **PRIMA:** | $ **********346,356.00 |
| **PLAN DE PAGO:** CONTADO | | **IVA:** | $ **********65,807.00 |
| | | **TOTAL A PAGAR:** | $ **********412,163.00 |

**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: CALLE 19 NO. 24 - 52, TELÉFONO 7226622 - PASTO**

**HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.**

**USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM**

(415)7709998021167(8020)11009610954194(3900)000000412163(96)20260802

**REFERENCIA PAGO:** 1100961095419-4

41-03-101016786

FIRMA AUTORIZADA

JOSEOBANDO

CLIENTE

Jaime Andrés Argotty.

TOMADOR

ARL | sura

Medellín, 30 de agosto de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY identificado(a) con C1126448101 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11264481012624255898

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

JAIME ANDRES ARGOTTY ARGOTTY identificado con CC. 1126448101 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA CALDAS | | |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 890801758 | | |
| **INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL** | | | |
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/09/01 | **Fecha inicio contrato** | 2026/08/31 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/10/30 |
| **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** | 2026/10/30 | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 31 días del mes de agosto 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: **CC31082026N1126448101A21846910.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026031239684

Cordialmente,

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

## ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Yo, Jaime Andrés Argotty, identificado(a) con número de C.C. 1144948101 de Valle Guamez, por medio del presente me comprometo a celebrar este Acuerdo de Confidencialidad, en los siguientes términos:

### CONSIDERACIONES

Que la Constitución Política de Colombia en su artículo 15, reconoce el derecho a la intimidad personal, familiar y al buen nombre, estableciendo que el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. Por otra parte, el artículo 74, garantiza el derecho fundamental de acceso a los documentos públicos por parte de todas las personas, salvo las excepciones que establezca la ley.

Que la Ley 1581 de 2012 establece el marco general para la protección de datos personales, garantizando el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información registrada en bases de datos. Esta ley aplica a entidades públicas y privadas, y se rige por principios como legalidad, finalidad, libertad, veracidad, transparencia, y seguridad para el tratamiento de los datos personales.

Que el Decreto 1377 de 2013 (reglamentario de la Ley 1581 de 2012), establece disposiciones generales sobre el tratamiento de datos personales, incluyendo la autorización del titular para el tratamiento, las políticas de tratamiento por parte de responsables y encargados, y la transferencia de datos personales. También define términos como aviso de privacidad, dato público y datos sensibles.

Que la Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública), establece el derecho de cualquier persona a acceder a la información pública en posesión de entidades estatales y otros sujetos obligados, regula los procedimientos para ejercerlo y las excepciones a la publicidad, basándose en principios como la máxima publicidad y la transparencia.

Que la Ley 1952 de 2019 (código general disciplinario), en su artículo 38, numeral 5, indica que uno de los deberes de todo servidor público: es mantener reserva de la información a que tenga acceso por razón de su función, en forma exclusiva para los fines a que están afectos. De igual manera existen personas naturales y jurídicas que tienen vínculos contractuales con la ESE Hospital San Lorenzo de Supía y en cumplimiento de sus obligaciones contractuales para con la entidad tienen acceso a información sensible, por lo que igualmente están obligados a mantener reserva de la información a que tenga acceso por razón de su actividad contractual, en forma exclusiva para los fines a que están afectos.

Vigilado Supersalud

Que, por lo anterior, el suscrito (a):

**ACUERDA**:

**PRIMERO. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION.** Garantizar la reserva de cualquier tipo de información que se encuentre en historias clínicas, bases de datos, archivos físicos, registros, informes, información financiera y estadística de la institución o cualquier tipo de información sensible relacionada con la entidad y con los usuarios. Por lo que me comprometo a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial y no revelar a terceros la información que llegase a conocer en la ejecución y ejercicio de mis funciones; salvo cuando se trate de actividades autorizadas expresamente por la ley de protección de datos.

**SEGUNDO. ACCESO A INFORMACIÓN RESERVADA DE LA HISTORIA CLÍNICA.** Tendré acceso a bases de datos y documentación física en las que se encuentra información sensible relacionada con la historia clínica de los pacientes, información financiera y estadística de la institución la cual, usaré únicamente para cumplir a cabalidad mis funciones, por lo que me comprometo a darle uso en forma exclusiva para los fines a que están afectos.

**TERCERO. VIGENCIA.** El presente Acuerdo de Confidencialidad tendrá una vigencia indefinida. Esta obligación persiste y se mantendrá inclusive después de finalizada mi relación con alguna de las labores que comprende el tratamiento de los datos.

**CUARTO. RESPONSABILIDAD**. En caso de infringir estas disposiciones me responsabilizo de mis actos y me someto a las acciones que la autoridad competente considere pertinentes.

En señal de aceptación suscribo el presente acuerdo, en el municipio de Supía, Caldas en la fecha: Año 2026 Mes Septiembre Día 01

Firma: Jaime Andrés Argotty

C.C: 1126448401

Leyes que respaldan la información descrita anteriormente:

- Ley 1581 de 2012 *Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.*
- Ley 1712 de 2014 *Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.*

Vigilado Supersalud