EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN SALUD MEDINA			Código: VTH-F-007
	Proceso	Gestion Estratégica de Talento Humano	**Subproceso**	Gestión de la Vinculación de Talento Humano	Versión: 05
	LISTA DE CHEQUEO PERSONA NATURAL Y JURÍDICA			Fecha: 26-09-2024

VoBo. Gerencia:							Fecha:		
Persona Natural									
Nombre: Alvaro Gutierrez M.							Identificación: 86079365		
Persona Jurídica									
Razon Social: ESE REGION DE SALUD MEDINA							NIT: 892.001.990-8		
Representante Legal:							Identificación:		
Cargo: Pediatra									
Dependencia/ Área / Servicio: Consulta externa									
ASISTENCIAL		TECNICO		PROFESIONAL	X	ASESOR		DIRECTIVO	

DOCUMENTOS PERSONALES				
N°	NOMBRE DEL DOCUMENTO	APLICA SI	APLICA NO	No. FOLIOS
1	ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD			
2	CERTIFICACION DE NECEDIDAD			
3	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
4	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
5	PROPUESTA (Todo el Personal)	✓		
6	HOJA DE VIDA REGISTRADA EN SIGEP PERSONA JURIDICA			
7	DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES PERSONA JURIDICA			
8	RUT PERSONA JURIDICA			
9	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PERSONA JURIDICA VIGENTES "ORIGINAL"			
10	ANTECEDENTES FISCALES PERSONA JURIDICA VIGENTES "ORIGINAL"			
11	SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSIÓN, RIESGOS LABORALES) (Todos)	✓		
12	HOJA DE VIDA REGISTRADA EN EL SIGEP II (Todo el personal)	✓		
13	DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES PERSONA NATURAL (Todo el personal)	✓		
14	FOTOCOPIA DE LA CEDULA (Todo el personal)	✓		
15	FOTOCOPIA CEDULA DE EXTRANJERIA / PASAPORTE (Quien le aplique)			
16	FOTOCOPIA DE LA VISA DE TRABAJO/ PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA (Quien le aplique)			
17	LIBRETA MILITAR (Menores de 50 años) (A quien le aplique)			
18	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS VIGENTES "ORIGINAL" (Todos)	✓		
19	ANTECEDENTES FISCALES VIGENTES "ORIGINAL" (Todos)	✓		
20	ANTECEDENTES JUDICIALES "ORIGINAL" (Todos)	✓		
21	COPIA DE CERTIFICADO DE MEDIDAS CORRECTIVAS (Todos)	✓		
22	ANTECEDENTES DE DELITOS SEXUALES	✓		

Tarjeta profesional

23	CERTIFICADO REDAM			
24	REGISTRO DE LA DIAN (RUT) (Todos)			
25	FOTOCOPIA DE LICENCIA DE CONDUCCION C2 (Conductores)			
26	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL Examen de laboratorio de acuerdo a Profesiograma (Todo el personal)			
27	CERTIFICADO DE VACUNAS (INFLUENZA, TETANO FIEBRE AMARILLA Y COVID 19) Administrativos			
28	CERTIFICADO DE VACUNAS (INFLUENZA, TETANO, HEPATITIS B, FIEBRE AMARILLA Y COVID 19) Asistenciales			
29	CERTIFICADO DE CUENTA BANCARIA (Todo el personal)			
	DOCUMENTOS CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA			
30	ACTA DE BACHILLER (Todo el personal)			
31	DIPLOMA DE BACHILLER (Todo el personal)			
32	DIPLOMA (TECNICO, TECNOLOGO Y PROFESIONAL) (A quien le aplique)			
33	ACTA (TECNICO, TECNOLOGO Y PROFESIONAL) (A quien le aplique)			
34	DIPLOMA (ESPECIALIZACIÓN, MAESTRIA, DOCTORADO) (A quien le aplique)			
35	TARJETA PROFESIONAL (POR AMBAS CARAS AL 150%) (Profesionales)			
36	RESOLUCION DE HOMOLOGACION DE TITULOS PARA EXTRANJEROS (A quien le aplique)			
37	RESOLUCION DE LA SECRETARIA POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA EL EJERCICIO DE SU PROFESION (A quien le aplique)			
38	INSCRIPCION AL RETHUS (A quien le aplique)			
39	ANTECENDENTES DISCIPLINARIOS TRIBUNAL DE ETICA MEDICA (Médicos)			
40	CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA (Abogados)			
41	CERTIFICADO JUNTA DE CONTADORES (Contadores)			
42	FOTOCOPIA DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (A quien le aplique)			
43	FOTOCOPIA DE CERTIFICACIONES LABORALES (SEGÚN LA EXPERIENCIA)			
	HABILITACIÓN			
44	CURSO DE 40 HORAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO- ACTUALIZADO (Médicos y Enfermeras)			
45	CURSO DE 20 HORAS DE SOPORTE VITAL BASICO- ACTUALIZADO (Auxiliares de Enfermería)			
46	SEGURIDAD DEL PACIENTE (Personal Asistencial)			
47	ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL- 2 AÑOS (Personal Asistencial)			

48	ATENCION A VICTIMAS CON ATAQUES CON SUSTANCIAS QUIMICAS- 2 AÑOS (Conductores,Medicos, Auxiliares de Enfermería, Enfermeras, Regentes, Odontólogos)	✓		
49	MANEJO DEL DUELO- 2 AÑOS (Médicos, auxiliares enfermería, Conductores)	✓		
50	CUROS DE DONACION Y/O TRANSPLANTE (Médicos)	✓		
51	MANEJO DEL DENGUE (Médicos, Enfermeras)	✓		
52	CURSO DE CUIDADOS PALEATIVOS (Médicos y Enfermeras)	✓		
53	CURSOS DE AEIPI CLINICO (Enfermeras, Médicos y Auxiliares de Enfermería)	✓		
54	CURSO DE AEIPI COMUNITARIO (Concurrencias)			
55	CURSO DE SEDACION BASICA (Médicos y Odontólogos) N/A			
56	CURSO PAI (ADMINISTRACIÓN INMUNOBIOLÓGICOS) – Vacunación – (Vigencia 2 años)			
57	CURSO DE BIOSEGURIDAD (Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Servicios generales)			
58	CURSO DE HIGIENE DE MANOS (Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Servicios generales)			
59	CURSO DE TOMA DE MUESTRAS (Auxiliares de Enfermería y Auxiliar de Laboratorio)			
60	CURSO DE VIGIFLOW (Regentes)			
61	PRIMEROS AUXILIOS (Conductores)			
62	CURSO DE MECANICA BASICA (Conductores)			
63	CURSO MANEJO DE AMBULANCIA Conductores)			
64	CURSO MANEJO DEFENSIVO (Conductores)			
65	CURSO DE TRIAGE (Enfermera, Auxiliares de Enfermería de urgencias)			
66	TOMA DE CITOLOGIAS (Enfermera)			
67	CURSO INSERCCION Y RETIRO DE IMPLANTES (Enfermera)			
68	CURSO VIA-VILI TECNICA DE INSPECCION VISUAL DEL CUELLO UTERINO (Instituto Nacional de Cancerología – Virtual) - Enfermera			
69	CURSO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCIÓN – POCT (Enfermeros, Médicos, Auxiliares de Enfermería) N/A			
70	CURSO DE 50 HORAS DE SALUD OCUPACIONAL (Profesional de SSGT)			
71	CERTIFICADO DE MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS (Auxiliares de Servicios Generales)			
72	CURSO BASICO DE ELECTRICIDAD (Auxiliar de Mantenimiento)			
73	CURSO DE ALTURAS (Auxiliar de Mantenimiento)			
74	CURSO DE MANIPULACION DE ALIMENTOS (Técnicos de Saneamiento)			
75	MIPG – FUNCION PUBLICA (Todo el Personal)	✓		
76	CURSO INTEGRIDAD TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION (Todo el Personal)	✓		
77	PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL (Médicos)			

	PROCESO CONTRACTUAL			
78	CONTRATO			
79	REGISTRO PRESUPUESTAL			
80	APROBACIÓN DE PÓLIZAS – SI APLICA.			
81	ACTA DE INICIO			
82	SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL ADICIÓN			
83	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL ADICIÓN			
84	ACTA DE ADICION Y-O PRÓRROGA			
85	REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIÓN			
86	ACTUALIZACIÓN DE PÓLIZAS ADICIÓN Y PRÓRROGA – SI APLICA.			
87	OTRO SI MODIFICATORIO – SI APLICA			
88	PAGOS PARCIALES			
89	PAGO FINAL			
90	ACTA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA – CUANDO APLIQUE			
91	ACTA DE LIQUIDACIÓN			
92	CONSTANCIA CIERRE DE EXPEDIENTE SECOP			
	OTROS			
93	CARPETA YUTE DE 60 GRAMOS			
94	FOTO TAMAÑO 3X4 DIGITAL			

- Los documentos deben ser legibles.
- Los antecedentes de la Procuraduría, Policía y Contraloría al momento de la posesión no deben superar los tres (3) meses de expedidos.

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE TODOS LOS DOCUMENTOS APORTADOS GOZAN DE LEGALIDAD Y NO ME ENCUENTRO INCURSO(A) EN ALGUNAS DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD, INCOMPATIBILIDAD O CONFLICTOS DE INTERES ESTABLECIDAS EN LA CONSTITUCIÓN Y LA LEY.

FIRMA Y C.C. / C.E. DEL ASPIRANTE

ESE REGIÓN DE SALUD MEDINA	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
VERIFICADO POR:	Daniela Alzate	Daniela Alzate.
REVISADO POR:	Laudi Acosta López	
APROBADO POR:	Linda Sepulveda	

Medina Cundinamarca, 30 de diciembre de 2026

Doctora
MIGUEL ANGEL CASTELBLANCO JUNCO
Gerente

REF: Propuesta

De manera cordial me permito presentar propuesta para la prestación de los servicios como MEDICO PEDIATRA.

Las actividades a desarrollar corresponden a las necesidades según el objeto contractual así:

1. Garantizar la atención de los usuarios agendados para la consulta de programas de Promoción y mantenimiento según las rutas de atención establecidas en la resolución 3280/2018, programas especiales y enfermedad general y así mismo impactar positivamente el los indicadores misionales.
2. Realizar valoración en la especialidad de pediatría, formular diagnósticos precisos y definir el plan de manejo o conducta a seguir.
3. Proporcionar atención médica general y estabilización de pacientes en situaciones de emergencia
4. Realizar procedimientos menores según la condición del paciente.
5. Apoyar las jornadas de salud y/o brigadas de salud y demás actividades institucionales.
6. Ejecutar las labores pertinentes encaminadas a la notificación, seguimiento y vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
7. Realizar acciones de aprendizaje e instruir al personal asistencial, para la realización de las funciones inherentes a los diferentes procesos de la ESE.
8. Diligenciar los registros a través de los formatos establecidos para consolidación de información estadística y de facturación.
9. Apoyar si es necesario el proceso de facturación, con el propósito de garantizar la atención a los usuarios.
10. apoyar el proceso de gestión de calidad, auditoría interna, seguridad del paciente y humanización de los servicios.
11. Participar activamente en la ejecución de la estrategia IAMMI.
12. Dar cumplimiento al plan de contingencia, cuando se presenten cortes de energía y/o internet, adoptado por la ESE
13. Realizar actividades de información Educación y Comunicación IEC en temas relacionados a la salud de acuerdo a la Resolución 3280-2018.

enlace operativo

SuAporte I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-15, 11:55:20 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 87670711

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026

PAGADO 20/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ		
Documento	CC86079365	**Dirección**	KM 8 #1 - 1 VIA CATAMA FINC JOROPO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 86079365	ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ	59	00								X									0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 3.044.400	$ 487.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 3.044.400	$ 380.600	2.436	$ 3.044.400	$ 74.200	(RIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 942.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 3.044.400	$ 3.044.400	$ 3.044.400	$ 0	$ 487.200	$ 380.600	$ 74.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 942.000	$ 0	$ 942.000

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 ¤Bogotá (601) 742 44 88 ¤Bucaramanga (607) 697 87 27 ¤Cali (602) 485 94 44 ¤Cartagena (605) 693 77 27 ¤Pereira (606) 340 13 27 ¤Manizales (606) 892 80 27 ¤Medellín (604) 604 27 27 ¤
Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 ¤WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS EN PILA

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
GUTIERREZ	MARTINEZ	ALVARO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 86079365	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 86079365 D.M. 05

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 01 MES 12 AÑO 1983	KILOMETRO 8 VIA CATAMA FINCA EL JOROPO, VEREDA CAÑOS NEGROS			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO	3160505340	EMAIL	alvaguma@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1999
										X				

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	12	X		MEDICINA	11	2007	509424/2009

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)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MEDINA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE PEDIATRIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 38 CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MEDINA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 38 medina					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MEDINA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 38 centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MEDINA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	06	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 38 centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MEDINA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 38 CENTRO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AMC AMBULANCIAS SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 86823240	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	06	*Año* 2015		*Día*	12	*Mes*	03	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL AMBULANCIA	*DEPENDENCIA* AMBULANCIAS					*DIRECCIÓN* CALLE 34N ° 39 - 13 BARZAL ALTO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AMC AMBULANCIAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 86823240	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2013		*Día*	20	*Mes*	01	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL AMBULANCIA	*DEPENDENCIA* AMBULANCIAS					*DIRECCIÓN* CALLE 34N ° 39 - 13 BARZAL ALTO						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	02	*Año:* 2022		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 22 SUR - 7 06 SUR La Rosita, Villavicencio, Meta						

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	5	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	1
EXPERIENCIA DOCENTE	4	7

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	2025-08-28 12:49

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALVARO		GUTIERREZ	MARTINEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	86079365

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	AGUA DE DIOS

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD MEDINA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	MEDINA

Dirección	["CR 6 No. 11- 38 Centro"]
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.

DECLARACIÓN PATRIMONIAL

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 ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$105.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$2.800.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$107.800.000,00

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	$120.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VEHICULAR	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$5.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
LIBRE INVERSION	$150.000.000,00

1.2. 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 [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
INGRID	YEXELA	ALFONSO	BELTRAN

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1121865258

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [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:

2.4. 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 [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [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: Sí [ ] 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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 86.079.365

GUTIERREZ MARTINEZ

APELLIDOS

ALVARO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1983
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

26-DIC-2001 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00125958-M-0086079365-20081168 0005547231A 1 6740005596

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302882320

PIB
11:42:25

Bogotá DC, 14 de septiembre 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) ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 86079365:

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.

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 lunes 14 de septiembre de 2026, a las 11:39:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	86079365
Código de Verificación	860793652609141139 29

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:42:56 AM horas del 14/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **86079365**

Apellidos y Nombres: **GUTIERREZ MARTINEZ ALVARO**

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.

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

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, 14/09/2026 11:43:16 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **86079365** y Nombre: **ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ.**

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. **147612850** . 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

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 12:03:13 horas del 14/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **86079365,** Apellidos y Nombres **GUTIERREZ MARTINEZ ALVARO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE REGION DE SALUD MEDINA**, con NIT **892001990-8** 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.

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

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 86079365 **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 14/09/2026 12:03 PM

Código Verificación: **3MWULH6D5G**

Válida hasta: **14/12/2026**

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 14884525872

(415)7707212489984(8020) 000001488452587 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 7 9 3 6 5	6	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 6 0 7 9 3 6 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	MARTINEZ	ALVARO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: KM 9 VIA CATAMA FCA EL JOROPO

42. Correo electrónico: polloalvaroandre@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 0 5 0 5 3 4 0	3 1 1 8 6 8 4 1 9 5

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 0 8 0 4 2 3	0 0 1 0	2 0 0 8 0 4 2 3	8 6 1 0		1 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	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 2022-12-22 / 10:27:31AM

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 GUTIERREZ MARTINEZ ALVARO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO ELECTRONICO

MEDICO DE LOS LLANOS
FETSALUD

Dr. Oscar Andres Torres Ladino
Dirección: Carrera 32 N 46 - 14 Barrio el Triunfo
Cel: 310 783 8127
Correo: medicodelosllanos@gmail.com
VILLAVICENCIO



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.422

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	10 MES	2024 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
PARTICULAR	HOSPITAL DE MEDINA CUNDINAMARCA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

GUTIERREZ MARTINEZ ALVARO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	41 AÑOS 5 MESES 29 DÍAS	CC Tipo	86079365 Número
Apellidos y Nombres				

Cargo
MEDICO PEDIATRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dr. Oscar Andres Torres L. MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Licencia 52-0041 TRIMESTRE

Nombre: TORRES LADINO OSCAR ANDRES

R. M.: 25882004 L.S.O.: 7736/2022

Código de Seguridad P1425V1B3422

Aspirante o Trabajador

Firma: ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ CC.NO. 86.079.365 de Villavicencio

Nombre: GUTIERREZ MARTINEZ ALVARO

CC: 86079365

FUNDACION OFTALMOLOGICA DEL CARIBE

Codigo:	F.CE.SR.CX-F
Version:	01
Vigencia:	01/09/05
Pagina:	1 DE 1

FORMULA

NOMBRE: Edwin Andres Martinez

FECHA: 30/Oct/24.

CC: 8079305

Edad: 40 años.

Paciente al Examen Oftalmologico

Sin alteraciones

AV: 20/20 AA.

= Control anual.

Oftalmologia

FOCA

FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DEL CARIBE	Código:	F.OSSUR.OX.F
	Versión:	01
FORMULA	Vigencia:	01/09/05
	Página:	1 DE 1

NOMBRE: Alvaro Gutierrez Martinez

FECHA: 31/Oct/23

Cedula: 86.079.365

Edad: 40 años

Valoracion por optometria

Dv: OD: 20/20

OI: 20/20

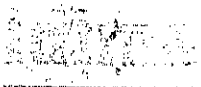
DRTA: OD: +0.75

OI: +0.50

No Requiere uso lentes.

Control anual por optometria.

Calle 86 N° 50 - 03 Teléfono





197-409486

Página Nº : 1 de 1
Fecha Ingreso : 02/12/2023 04:54:37 PM
Fecha de Muestra: 2/12/2023 8:54:17 a.m.
Fecha Impresión : 31/10/2024 04:30:48 PM

No. de Orden:409486
Paciente :GUTIERREZ MARTINEZ ALVARO
Documento Id:1026079305
Empresa :VIRREY SOLIS IPS-CENTRO MEDIC
Fade :VALLEVICENCIO SIETE DE AGOSTO
E-Mail :alvarezmc@gmail.com

No. Toberpo :409486
Edad/ :40 a 0 m 1 d
Fecha Nacimiento:1/12/1983
Sexo :MASCULINO
Teléfono :3186050340
No. Autoriza :31715-216979655

HDSAG**INDICV**BCoV**

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biologico de referencia
	HORMONAS		
HEPATITIS C ANTICUERPOS			
HEPATITIS C, ANTICUERPO (ANTI-HVC) (HCV)	NO REACTIVO		0 - 0
No Reactivo: Menor a 0.9			
Indeterminado: Mayor ó igual a 0.9- Menor a 1.0			
Reactivo: Mayor o igual a 1.0			
INDICE DEL PACIENTE HCV (ECL)	0.04		0 - 0
Tecnica: QUIMIOLUMINISCENCIA			
HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE			
HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE (AG HBS)	NO REACTIVO		0 - 0
No Reactivo: Menor a 0.9			
Indeterminado: Mayor ó igual a 0.9- Menor a 1.0			
Reactivo: Mayor o igual a 1.0			
Tecnica: Electroquimioluminiscencia			
INDICE DEL PACIENTE HBsAg (ECL)	0.43		0 - 0

FINAL

Director Laboratorio - Bacteriólogo

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA-CED 1085281911

Nota: En los casos de [illegible] este documento no [illegible] a [illegible]

ANOTACIONES ESPECIALES:

Cruz Roja Colombiana

Seccional Meta y Llanos Orientales

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE ALVARO SUAREZ

FECHA DE NACIMIENTO 7-XII-83 SEXO M

TELEFONO 673726.

SV004

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo.		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola	VII - 15/2007	
	Sarampión		
HAEMOPHILUS INFLUENZA	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS B	1ª Dosis	VII - 15/2007	
	2ª Dosis	VIII - 15/2007	
	3ª Dosis	IX - 15/2008	
	Refuerzo	V - 21/05/11	
NEUMOCOCO		210.900	
VARICELA			80.500
DPTA + (PV/HIB) INFANRIX	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
B. C. G.			

VACUNAS		FECHA	FIRMA
ANTI HEPATITIS A	1ª Dosis		54.600
	2ª Dosis		60.000
	3ª Dosis		
TOXOIDE TETANICA	1ª Dosis	VII - 15/2007	
	2ª Dosis	VIII - 15/2013	60.000
	3ª Dosis	IX - 15/2018	60.000
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Válida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			49.000
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
T. TETÁNICO DIFTERICO	1ª Dosis		50.000
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
MENINGO COCCICA	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
ANTIGRIPAL	1ª Dosis		
	2ª Dosis		

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Alvaro
Apellidos:	Gutierrez
Documento de Identidad:	CC ☒ TI ☐ PASA PORTE ☐ No. 860-9965
Fecha de Nacimiento:	Día: 10 Mes: 12 Año: 1958

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza H1N1		Vacunado S1920		
Otras				

PROGRAMA PAI

MINISTERIO DE SALUD
ALCALDIA DE VILLAVICENCIO
SECRETARIA LOCAL DE SALUD

CERTIFICADO DE VACUNA
CONTRA SARAMPION - RUBEOLA

Nombre: Alvaro Gutierrez Martinez

Municipio: villavicencio

Fecha: OTUBRE 2005 Vacunador: Tercero Tercero

Ministerio de Salud
Argentina

Vacunación Covid-19/Covid-19 vaccination

Fecha/date: 07/06/2024

Nombre y apellido / Surname and given name
GUTIERREZ MARTINEZ, ALVARO

Documento / ID Number
93454180

Fecha de nacimiento / Date of birth
01/12/1983

Esquema / Scheme
Vacunación completa

Ministerio de Salud
National Ministry of Health

campaña nacional de vacunación covid-19

Vacunación COVID-19 / COVID-19 vaccination

Vacuna / Vaccine
Sputnik V COVID19 Instituto

Dosis / Dose
Primera

Número de lote / Batch number
I-080121

Fecha / Date
19/02/2021

Lugar de aplicación / Vaccination centre
VACUNATORIO CAMPAÑA COVID 19 -ESCUELA E. P. N 41 - QUILMES - QUILMES - Buenos Aires

Ministerio de Salud
National Ministry of Health

Ministerio de Salud
Argentina

campaña nacional de vacunación covid-19

Vacunación COVID-19 / COVID-19 vaccination

Vacuna / Vaccine
Sputnik V COVID19 Instituto

Dosis / Dose
Segunda

Número de lote / Batch number
II-020121

Fecha / Date
19/03/2021

Lugar de aplicación / Vaccination centre
HOSPITAL SUBZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL SAN FRANCISCO SOLANO. DR. EDUARDO OLLER - SAN FRANCISCO SOLANO - QUILMES - Buenos Aires

Ministerio de Salud
National Ministry of Health

campaña nacional de vacunación covid-19

Vacunación COVID-19 / COVID-19 vaccination

Vacuna / Vaccine
AstraZeneca ChAdOx1 S

Dosis / Dose
Refuerzo

Número de lote / Batch number
PV46680

Fecha / Date
30/11/2021

Lugar de aplicación / Vaccination centre
VACUNATORIO CAMPAÑA COVID 19 - UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES - BERNAL - QUILMES - Buenos Aires

Ministerio de Salud
National Ministry of Health

Ministerio de Salud
Argentina

campaña nacional de vacunación covid-19

Vacunación COVID-19 / COVID-19 vaccination

Vacuna / Vaccine
Moderna ARNm 020 mg mL

Dosis / Dose
Refuerzo

Número de lote / Batch number
053MZ1A

Fecha / Date
10/06/2022

Lugar de aplicación / Vaccination centre
VACUNATORIO CAMPAÑA COVID 19 - UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES - BERNAL - QUILMES - Buenos Aires

Ministerio de Salud
National Ministry of Health

El Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina extiende el presente, conforme el artículo 16 de la Ley 27.491, con los datos sobre el estado de vacunación contra el Covid 19, que identifican a la persona vacunada, el producto, e indican la fecha, la dosis, el lote y el establecimiento de aplicación entre otra información, consignada por la Jurisdicción Nacional, Provincial y/o del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, responsable de la aplicación de la vacuna en el Registro Federal de Vacunación Nominalizado.

This document has been issued by the National Ministry of Health of the Argentine Republic in accordance with Section 16, Law No. 27491. It contains data on COVID-19 vaccination status, identifying the person vaccinated, the vaccine administered, as well as the date, doses, batch and vaccination centre, in addition to other details reported on the Federal Vaccination Roster by the Federal, Provincial and/or Buenos Aires city government authority responsible for vaccine administration.

BBVA

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 86.079.365** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 874197981** aperturada el **11 de febrero de 2022** , cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los 26 días del mes de noviembre del año 2024.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: 0874197981
Cuenta de 16 dígitos: 0874000200197981
Cuenta de 20 dígitos: 00130874000200197981

Firma autografica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Inscripción S.E. 1113006
DANE 150001012 62

Acta de Grado

INSTITUTO NACIONAL FRANCISCO JOSE DE CALDAS

Villavicencio - Meta

En la ciudad de Villavicencio a los 7 días de DIciembre de 1999 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los Alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del INSTITUTO NACIONAL FRANCISCO JOSE DE CALDAS institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Vocacional y Autorizada por la Gobernación y la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Meta para otorgar el título de BACHILLER en la Modalidad ACADEMICA ========== según Resolución No. 1343 del 7 de Noviembre de 1996, Jornada Diurna (Mañana y Tarde). Resolución 1287 del 30 de Noviembre de 1996, para la Sección Nocturna.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER en la Modalidad ACADEMICA al graduando cuyo nombres, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

NOMBRE GUTIERREZ MARTINEZ ALVARO
C.C.o T.I. No. 831201-03841 DE VILLAVICENCIO.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 003- de XII- 7 de 1999 que consta de 75 alumnos graduados, que comienza con el nombre AGUILAR YAYA CARLOS ALBERTO. y se cierra con el nombre de VELASQUEZ MENDOZA CLARA INES.

Firmado y Sellado por: PABLO ROBERTO BELLO CONTRERAS (Rector) y NOHORA ELENA BAQUERO GALVIS (Secretaria).

Dada en Villavicencio a los 7 día(s) del mes de Diciembre de 1999

PABLO ROBERTO BELLO CONTRERAS
Rector
C.C. 9.069.669 de Cartagena

NOHORA ELENA BAQUERO GALVIS
Secretaria
C.C. 21.165.828 de Zipaquirá

La República de Colombia

y en su nombre el

Instituto Nacional "Francisco José de Caldas"

Villavicencio — Meta

Aprobado por la Gobernación y la Secretaría de Educación y Cultural del Departamento del Meta, según Resolución No. 1343 del 7 de Noviembre de 1996

Jornada Diurna (Mañana y Tarde)

Confiere a

Alvaro Quitaca Martínez

Identificado con T.I. No. 8317-01-03841 De VILLAVICENCIO

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica (Artículo 28 Ley 115 de 1994) según los planes y programas vigentes

Rector(a)

Secretario(a)

Libro de Registro No. 03

Acta No. 03 Folio No. 002

No se requiere registro según decretos No. 92 del 6 de mayo de 1994

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

Álvaro Gutiérrez Martínez

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº. 86.079.365 DE VILLAVICENCIO

ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

DERECHO

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Villavicencio, el día 18 de diciembre de 2007

Rector

Decano de Facultad | Inspector General | Secretario General | Registros y Diplomas

Sentado el folio No. | del libro de Registros y Diplomas No. | Refrendado en Villavicencio, el | de diciembre de 2007

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 019

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MEDICINA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: SNIES 18204610000500010110O

FECHA: 18 DE DICIEMBRE DE 2007

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - VILLAVICENCIO

En atención a que ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

con cédula de ciudadanía No. 86,079,365 de VILLAVICENCIO

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de MEDICO

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No. 619 en sesión del día 14 de NOVIEMBRE de 2007

Para constancia se suscribe por:

CESAR PEREZ GARCIA
Rector

EDUARDO ROZO BRICEÑO
Decano de la Facultad

ALFONSO RUIZ BAUTISTA
Director Seccional

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario General

No. 5674

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA

EL JEFE DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO
DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
SEDE VILLAVICENCIO

CERTIFICA QUE:

GUTIERREZ MARTINEZ ALVARO

IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA 86079365 **********
DE VILLAVICENCIO (META) **********

TIENE REGISTRADO SU TITULO DE:
MEDICO
SNIES: 18204610000500010110O

ANOTADO EN EL LIBRO 3 FOLIO 31
NUMERO DE REGISTRO 10-0285.2007
ACTA 10 - 019 - 05/12/2007
FECHA DE GRADO 18/12/2007

EXPEDIDA EN LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO EL 18 DE DICIEMBRE DE 2007

RAFAEL LOPEZ MONROY

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 50-9424
Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión

LA JEFE DE LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, Resolución 0285/89 del Ministerio de Salud y Resolución 0088/04 de la Secretaría Seccional de Salud del Meta, y

CONSIDERANDO:

Que ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ, con cédula de ciudadanía No. 86.079.365 de Villavicencio, solicitó ante esta Secretaría de Salud, autorización para ejercer como Médico, según título que le otorgó la Universidad Cooperativa de Colombia, mediante Acta de Grado No 019 del 18 de diciembre de 2007.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en el folio 31, libro 3 del 18 de diciembre de 2007, por la Universidad Cooperativa de Colombia.

Que, ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ, con cédula de ciudadanía No. 86.079.365 de Villavicencio, prestó el Servicio Social Obligatorio como Médico, en la Empresa Social del Estado de Villavicencio - Meta del 28 de enero de 2008 al 27 de enero de 2009.

Que el artículo segundo del Decreto 1875 de 1994, define que es función de esta Secretaria de Salud, registrar los títulos del área de la salud.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Registrar el título de Médico, expedido por la Universidad Cooperativa de Colombia a ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ, con cédula de ciudadanía No. 86.079.365 de Villavicencio.

ARTÍCULO SEGUNDO. Autorizar a ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ, con cédula de ciudadanía No. 86.079.365 de Villavicencio, para ejercer la profesión de Médico en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO TERCERO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecido en el Decreto 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, 30 de enero de 2009.

ROSARIO NEIRA MONTAÑEZ
Jefe Oficina de Seguridad Social, I.V.C.

Gloria C.

Clínica del Niño

REPÚBLICA ARGENTINA

Colegio de Médicos Distrito II

El Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito II
y Clínica del Niño de Quilmes por cuanto el

Dr. Alvaro Gutierrez Martinez

Ha cumplido con la Residencia Pediátrica en Clínica del Niño de Quilmes
desde el 1 de Junio de 2018 hasta el 30 de Septiembre de 2022
y rendido satisfactoriamente la Prueba de Evaluación Final,
se extiende el presente diploma que así lo acredita

Quilmes, 30 de Septiembre de 2022

Dr. Herrera Romero, Henry Armando
Director Médico
Clínica del Niño de Quilmes

Dr. Oscar Ochner
Director
Escuela Superior de
Educación Médica

Dr. Salvador La Grasso
Presidente
Colegio de Médicos de la
Prov. Bs As - Distrito II

REPÚBLICA ARGENTINA

COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DISTRITO II

El matriculado Dr. **Gutierrez Martinez Alvaro**

Matrícula provincial 234.523 habilitado/a al título de Especialista en

Clinica Pediatrica

en virtud de haber cumplido los requisitos exigidos

en el Reglamento de Especialidades del Distrito - Ley 5315/58 Con Validez hasta Noviembre de 2027

Distrito II Avellaneda, Noviembre 17 de 2022

Dr. Roberto J. Lanza
SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

FIRMA DEL INTERESADO

Dr. Salvador La Greca
PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

SECRETARÍA DE CALIDAD EN SALUD

SUBSECRETARÍA DE CALIDAD, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN

DIRECCIÓN NACIONAL DE HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN Y SANIDAD DE FRONTERAS

CERTIFICADO DE ESPECIALISTA

EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN por intermedio de la DIRECCION NACIONAL DE HABILITACION, FISCALIZACIÓN Y SANIDAD DE FRONTERAS autoriza al MEDICO Sr. **ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ** Matrícula Profesional Nacional **189.670** a anunciarse como **ESPECIALISTA** en **PEDIATRIA** en razón de haber acreditado los recaudos legales correspondientes, de acuerdo al Art. **21**. Inc. **A** de la LEY N° 17132 y sus complementarias y modificatorias.

Por Resolución del Ministerio de Salud de la Nación Nº 1463/2017 y su modificatoria Resolución Nº 2019-88-APN-SGS#MSYDS se han delimitado las normas respecto a la renovación de certificados de las Especialidades Médicas y Odontológicas, estableciendo que los certificados otorgados por el Ministerio de Salud de la Nación tienen un plazo de validez de cinco (5) años desde la fecha de su expedición.

El presente certificado de Especialista en **PEDIATRIA** se encuentra actualmente en plena vigencia y deberá ser renovado en cinco (5) años desde la fecha de expedición.

Fecha de expedición **16 DE AGOSTO DE 2023**

Fecha de vencimiento 16 DE AGOSTO DE 2028

Expediente N°**2023-95519134—APN-DNHFYSF#MS**

N° Orden **72007**

Dr. Fabian A. Basilico
Director Nacional

M. Fernández
Administrativo
115.353

SFERNANDEZ

Firma y sello aclaratorio

REPÚBLICA ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires

Facultad de Medicina

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad

Por cuanto, Alvaro Gutierrez Martinez

natural de Colombia, ha finalizado el 29 de septiembre de 2022 los estudios correspondientes a la carrera de Médico Especialista en Pediatría.

Por lo tanto, de acuerdo con las normas vigentes en esta Universidad, le confieren el presente diploma de Médico Especialista en Pediatría.

Buenos Aires, 27 de noviembre de 2023

PABLO MARTÍN DONATO

LUIS IGNACIO GOMEZ

RICARDO J. GELPI

MARIA CATALINA NOSIGLIA

Documento Nacional de Identidad 95454180 (para extranjeros)

Trabajo Fin de Grado individual aprobado con 7 (Siete) el 29/09/2023

Secretaría de Políticas Universitarias

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No.

025288 20 DIC 2023

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No. 000007 del 02 de enero de 2023

CONSIDERANDO

Que ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 86079365, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, otorgado el 16 de agosto de 2023, por el MINISTERIO DE SALUD, ARGENTINA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2023-EE-239524.

Que el convalidante aporta el título de MÉDICO, otorgado el 18 de diciembre de 2007, por la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, COLOMBIA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 24°, parágrafo 4, de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: "La solicitud de convalidación de títulos de pregrado y posgrado del área de la salud se surtirá exclusivamente bajo el criterio de evaluación académica...".

Que en virtud de los artículos 17 y 18 de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de Evaluación Académica. En el referido precepto normativo se lee lo siguiente: "Criterio aplicable al proceso de convalidación, mediante el cual la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES o el órgano evaluador que el Ministerio de Educación Nacional designe para el efecto, estudia, valora y emite un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permita o niegue la convalidación del título." (...) "El presente criterio tiene como finalidad, estudiar, valorar y emitir un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permitan o nieguen la convalidación del título, a través de un análisis técnico integral, en el que se evalúan aspectos como: i) contenidos, ii) carga horaria del programa académico, iii) duración de los

periodos académicos, y iv) modalidad. (...) La evaluación académica también resulta procedente para: i) determinar con certeza el nivel académico o de la formación obtenida; ii) establecer la denominación del título a convalidar; iii) establecer el área y núcleo básico del conocimiento, de acuerdo con la clasificación establecida en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior - SNIES o el que haga sus veces; iv) aclarar evaluaciones académicas, anteriores o presentes, que sean contrarias respecto de títulos con la misma denominación; o, v) establecer la existencia de diferencias o similitudes entre títulos obtenidos por un mismo solicitante, en virtud de programas que otorguen doble titulación del mismo nivel de formación."

Que el día 8 de noviembre de 2023 los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es reconocido como ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada..

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. - Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, otorgado el 16 de agosto de 2023, por el MINISTERIO DE SALUD, ARGENTINA, a ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 86079365, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO. - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO. - La convalidación a cargo del Ministerio de Educación Nacional y la autorización para el ejercicio profesional a cargo de los Colegios o Agremiaciones Profesionales corresponden a trámites de diferente naturaleza, el primero, orientado al reconocimiento de efectos académicos de un título de educación superior conferido en el exterior y el segundo, referido a la inscripción del profesional en los registros públicos mediante los cuales se le habilita para su ejercicio profesional, en consecuencia, la decisión de convalidar un título no conlleva la autorización para el ejercicio profesional.

ARTÍCULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

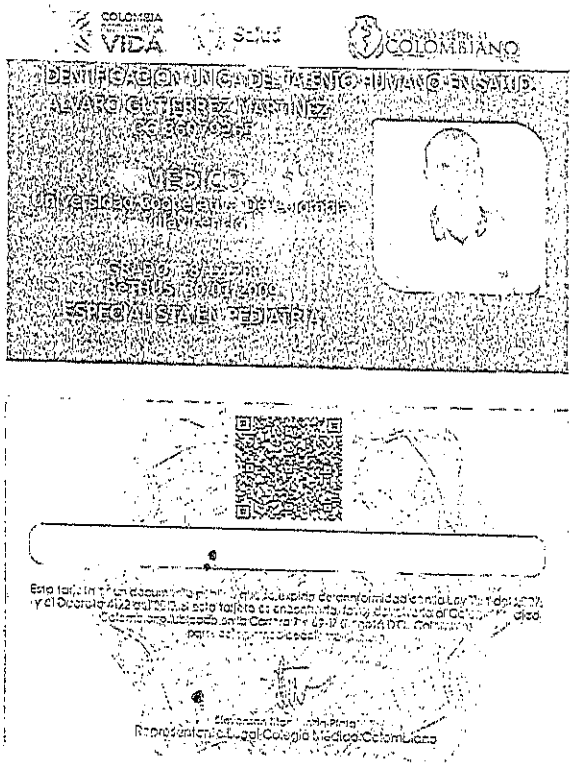
Dada en Bogotá D. C.

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

ALINA GÓMEZ MEJÍA

Proyectó: María De Los Angeles Mancera Bautista
Revisó: Felipe Alberto Lizarazo
Aprobó: ALINA GÓMEZ MEJÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL



QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

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.

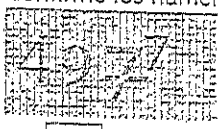
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 86079365

Primer Nombre: Alvaro

Primer Apellido: Gutierrez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1169

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-06-10--4:15:32 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	86079365	ALVARO		GUTIERREZ	MARTINEZ	Vigente

De conformidad con los articulos 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) ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ identificado(a) con CC 86079365 registra La siguiente información:

2024-06-10--4:15:32 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Extranjero	Pediatría	2023-12-20	139839	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2009-01-30	9424	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación
Presto SSO	Local	COLOMBIA|META|VILLAVICENCIO	2008-01-28	2009-01-27	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Teléfono conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C8607936500347434
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) **ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ**, identificado(a) con C.C. No. 86079365 y T.P. o R.M. No. 86079365 del(a) Colegio Médico Colombiano, 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 martes 15 septiembre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

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

15-154180-ABA28365

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

DIRECCIÓN DE CONGRESOS Y EVENTOS

COMITÉ NACIONAL DE PEDIATRÍA GENERAL AMBULATORIA

Sociedad Argentina de Pediatría

Por una niñez y adolescencia sanas, en un mundo mejor

8° CONGRESO ARGENTINO DE PEDIATRÍA GENERAL AMBULATORIA

"Pensar la salud integral de niños, niñas y adolescentes en un marco de derechos. Reflexiones posibles ante múltiples incertidumbres"

2, 3 y 4 de noviembre de 2022 - Ciudad de Mar del Plata - Provincia de Buenos Aires

Se certifica que ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

ha participado en carácter de ASISTENTE

Dra. Verónica Giubergia Secretaria General Sociedad Argentina de Pediatría	Dra. Vanina Stier Secretaria General 8° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria	Dra. Noemí D'Artagnan Secretaria Científica 8° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria	Dra. Marta Chorny Presidenta 8° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria	Dr. Rodolfo Pablo Moreno Presidente Sociedad Argentina de Pediatría

ASOCIACIÓN COLEGIO COLOMBIANO DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA



Se otorgan 18 horas de educación médica continuada certificado en el desarrollo del evento virtual del 16 julio al 04 agosto de 2022

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

Participó en Calidad de Asistente al

V Simposio Regional
ANTIOQUIA

Firmado electrónicamente por:

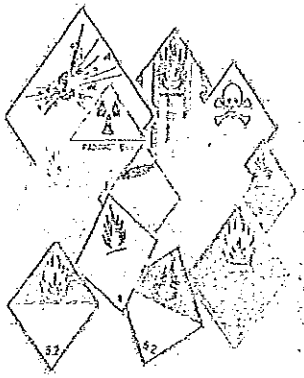
PRESIDENCIA ACCEP

SECRETARIA EJECUTIVA ACCEP

Para verificar la autenticidad de este certificado consulte la siguiente página:
www.asoendopediatria.com/eventos/verificación asistencia e ingrese el código

XIVSRA018

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN AMBIENTAL



INCIHUILA S.A.S E.S.P.

Hace constar que:

ALVARO GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

Identificado (a) con la cédula No. 86.079.365

Asistió a la capacitación en:

Manejo Integral de Residuos – Riesgo Biológico

Con una Intensidad de (1) hora

Villavicencio, Meta 12 de Abril de 2023

Andrés Felipe Leguizamo Ramírez
Gerente Técnico

Yuri Carina Castañeda Martín
Profesional Ambiental

VIGILADO SuperTransporte

INCI HUILA S.A.S E.S.P.

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 96,67 %

13 de abril de 2023

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=643820c6-1e48-4d91-91a6-5718ac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

ha participado y aprobado el

Curso Virtual de Autoaprendizaje: Cuidados Paliativos en Cáncer Pediátrico

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 23 - Porcentaje de aprobación: 76,75 %

31 de enero 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=65ba6096-90b4-410b-9f37-ac70ac1f5b7c

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Virus respiratorios emergentes, incluido el COVID-19: métodos de detección, prevención, respuesta y control

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

20 de junio de 2022

Horas: 4

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
América

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=62b0bc13-e358-40a6-a1a8-21f1ac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

ha participado y aprobado el:

Curso Virtual de Diagnóstico Precoz del Cáncer en Niños y Adolescentes

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

19 de junio de 2022

Horas: 10

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

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=62afb3ef-8240-4b1c-bcf9-4eefac1f1c2e

ASOCIACIÓN COLEGIO COLOMBIANO DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA



Se certifican ciento (20) horas de educación médica continuada. Celebrado en plataforma virtual del 2 al 11 de Junio del 02 (mes) del (año) 2022

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

Participó en Calidad de Asistente al

X Simposio REGIONAL

CARIBE

Firmado electrónicamente por:

PRESIDENCIA ACCEP

ACEP

SECRETARIA EJECUTIVA ACCEP

Para verificar la autenticidad de este certificado consulte la siguiente página: wwwasoendopediatria.com/eventos/verificación asistencia e ingrese el código

XSRC029

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

5 de junio de 2022

Horas: 20

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

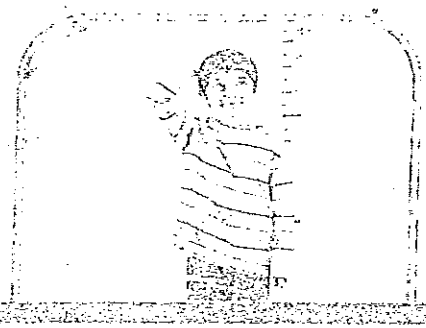
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=629d103f-7554-448b-aa89-4840ac1f1c2e

ASOCIACIÓN COLEGIO COLOMBIANO DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA



ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

Participó en Calidad de Asistente al

IV SIMPOSIO REGIONAL NORORIENTE

TÓPICOS DESTACADOS
EN PUBERTAD Y CRECIMIENTO

Se certifican seis (6) horas de educación médica continuada
Celebrado en plataforma virtual del 23 abril al 12 mayo de 2022

Firmado electrónicamente por:

PRESIDENCIA ACCEP

ACEP

SECRETARIA EJECUTIVA ACCEP

Para verificar la autenticidad de este certificado consulte la siguiente página:
www.ascendopediatria.com/eventos/verificación asistencia e ingrese el código

IVSRN006

Campus Virtual IntraMed

CAPACITACIÓN ONLINE / EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Certificamos que

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

ha cumplido con todos los requisitos de aprobación del curso "Tópicos en pediatría con pacientes y escenarios simulados" dictado a través del Campus Virtual IntraMed con una carga horaria de 36 horas docentes (modalidad a distancia), realizado del 11 de octubre al 28 de noviembre de 2021.

IntraMed
www.intramed.net

100 AÑOS
1921 · 2021

ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA

Dr. Diego Enriquez
Director del curso

Umbrella
Piel Segura

Por cuanto el/la Dr./Dra.

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

ha participado en calidad de asistente del Webinar

SISTEMA INMUNE Y FOTOPROTECCIÓN

Organizado por Laboratorios Megalabs el día 1 de septiembre de 2021.

Se extiende el siguiente certificado que así lo acredita.

Duración de la actividad: 1,5 hs.

Dr. Matías Oleastro
Médico Pediatra e Inmunólogo pediatra.
Jefe de Inmunología Clínica Servicio Inmunología
y Reumatología Hospital Garrahan

Dra. Virginia González
Médica Especialista en Dermatología U.B.A
Coordinadora de la Sección de Dermatología Oncológica
y Dermatoscopía del Servicio de Dermatología del Hospital Alemán

Dra. Paula Bouzren
Médica Dermatóloga.
Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Fernández.

medimouth Megalabs

CLINICA MARTHA S.A.
NIT: 892.001.588-1

LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA
DE LA CLINICA MARTHA S.A.

CERTIFICA

Que el señor ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ, identificado con cedula de ciudadanía N° 86.079.365, laboró en nuestra compañía mediante contrato a Terminc Indefinido, desde el 01 de Enero de 2011, hasta el 30 de Abril de 2016, desempeñando el cargo de MEDICO GENERAL, con una asignación salarial de Dos millones Seiscientos Setenta Y Cinco Mil Cien Pesos ($2.675.100).

Se expide la presente certificación en la ciudad de Villavicencio (Meta) a los 20 días del mes de Junio de 2016.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente al número 6814937.

Atentamente,

CLINICA MARTHA S.A.
NIT: 892.001.588-1
MARY [illegible] CASTELO GONZALEZ
Coordinadora Administrativa (E)
Documento no valido sin sello
JCARR

AMBULANCIAS S.A.S
NIT. 900.151.754-7

LA SUSCRITA SUBGERENTE DE AMC AMBULANCIAS S.A.S.

HACE CONSTAR:

Que el señor **ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. **86'079.365** de Villavicencio, laboró para nuestra empresa desempeñando el cargo y funciones propias de Medico General, teniendo a su nombre los contratos nombrados a continuación, con su respectiva permanencia:

- Desde el 01 de Octubre de 2013, hasta el 20 de Enero de 2014.
- Desde el 20 de Junio de 2015, hasta el 12 de Marzo de 2016.

La presente se expide a solicitud del interesado, dada en Villavicencio a los 03 días de Mayo de 2017.

Cordialmente,

AMBULANCIAS S.A.S
NIT 900.151.754-7
Tel: 682 3240

DANNY HOYOS GONZÁLEZ

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVISOCIAL
NIT. 822.007.523-4
Actuando con Eficiencia y Calidad

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVISOCIAL

HACE CONSTAR QUE

El(la) señor(a) GUTIERREZ MARTINEZ ALVARO , identificado(a) con la C.C. No. 86079365 *ostenta la calidad de ASOCIADO(A) ACTIVO(A)* de la Cooperativa de Trabajo Asociado SERVISOCIAL entre el 31 DE DICIEMBRE DE 2014, lapso dentro del cual y por solicitud suya, entre 1 DE ENERO DE 2016 y el 31 DE OCTUBRE DE 2016 , ostentó también la calidad de trabajador asociado en un puesto de trabajo como MEDICO GENERAL/PROCESO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION, conforme con sus solicitudes de afiliación y de asignación de un puesto de trabajo, aceptación del Consejo de Administración, el Acuerdo Cooperativo de Trabajo Asociado de SERVISOCIAL C.T.A., su solicitud de retiro y/o renuncia como asociado y como trabajador asociado y la aceptación de retiro por parte del Consejo de Administración, demostrando ser una persona honesta, responsable y eficiente con las funciones que le fueron asignadas.

La presente se expide a solicitud del trabajador(a) asociado(a), el día 04 de Mayo de Dos Mil Diecisiete (2017), con destino a HOJA DE VIDA.

ALIX CELINA SANCHEZ MEJIA.
Representante Legal

Proyectado: Jormary Gómez

Primavera Urbana Centro Comercial y Empresarial Oficina 707
Calle 15 No. 40-01 Tel. 6740122-6740121
Villavicencio (Meta)-Colombia

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVISOCIAL
NIT. 822.007.523-4
Actuando con Eficiencia y Calidad

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVISOCIAL

HACE CONSTAR QUE

El(la) señor(a) GUTIERREZ MARTINEZ ALVARO , identificado(a) con la C.C. No. 86079365 *ostentó la calidad de ASOCIADO(A) ACTIVO(A)* de la Cooperativa de Trabajo Asociado SERVISOCIAL entre el 31 DE DICIEMBRE DEL 2014 y el 31 DE OCTUBRE DE 2015 , lapso dentro del cual y por solicitud suya, entre 5 DE ENERO DE 2015 y el 31 DE OCTUBRE DE 2015 , ostentó también la calidad de trabajador asociado en un puesto de trabajo como MEDICO GENERAL , conforme con sus solicitudes de afiliación y de asignación de un puesto de trabajo, aceptación del Consejo de Administración, el Acuerdo Cooperativo de Trabajo Asociado de SERVISOCIAL C.T.A., su solicitud de retiro y/o renuncia como asociado y como trabajador asociado y la aceptación de retiro por parte del Consejo de Administración, demostrando ser una persona honesta, responsable y eficiente con las funciones que le fueron asignadas.

La presente se expide a solicitud del trabajador(a) asociado(a), el día 04 de Mayo de Dos Mil Diecisiete (2017), con destino a HOJA DE VIDA.

ALIX CELINA SANCHEZ MEJIA
Representante Legal

Proyectado: Jormary Gómez

Primavera Urbana Centro Comercial y Empresarial Oficina 707
Calle 15 No. 40-01 Tel. 6740122-6740121
Villavicencio (Meta)-Colombia

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVISOCIAL
NIT. 822.007.523-4
Actuando con Eficiencia y Calidad

LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SERVISOCIAL

HACE CONSTAR QUE

El(la) señor(a) GUTIERREZ MARTINEZ ALVARO , identificado(a) con la C.C. No. 86079365 *ostentó la calidad de ASOCIADO(A) ACTIVO(A)* de la Cooperativa de Trabajo Asociado SERVISOCIAL entre el 01 DE MAYO DE 2009 y el 19 DE JULIO DE 2013 , lapso dentro del cual y por solicitud suya, entre 01 DE MAYO DE 2009 y el 19 DE JULIO DE 2013 , ostentó también la calidad de trabajador asociado en un puesto de trabajo como MEDICO GENERAL , conforme con sus solicitudes de afiliación y de asignación de un puesto de trabajo, aceptación del Consejo de Administración, el Acuerdo Cooperativo de Trabajo Asociado de SERVISOCIAL C.T.A., su solicitud de retiro y/o renuncia como asociado y como trabajador asociado y la aceptación de retiro por parte del Consejo de Administración, demostrando ser una persona honesta, responsable y eficiente con las funciones que le fueron asignadas.

La presente se expide a solicitud del trabajador(a) asociado(a), el día 04 de Mayo de Dos Mil Diecisiete (2017), con destino a HOJA DE VIDA.

ALIX CELINA SANCHEZ MEJIA
Representante Legal

Proyectado: Jormary Gómez

Primavera Urbana Centro Comercial y Empresarial Oficina 707
Calle 15 No. 40-01 Tel. 6740122-6740121
Villavicencio (Meta)-Colombia

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
DEL MIUNICIPIO DE VILLAVICENCIO
Carrera 42 Nro. 33 – 24 Barzal Alto
PBX (8) 6614100
Fax: (8) 6614100
NIT. 822.002.459-8

VILLAVICENCIO
UNIDOS PODEMOS

300.21.01.132

Villavicencio, 21 de marzo de 2017

LA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CERTIFICA:

Que el señor ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 86.079.365 expedida en Villavicencio, presto sus servicios a esta entidad bajo las siguientes relaciones de Contratos de Prestación de Servicios: **Contrato No. 165 – 2016**, cuyo objeto contractual fue *"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIA Y HOSPITALIZACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO"*, el contratista presto el servicio objeto de contrato en el periodo comprendido entre el 01 de Noviembre de 2016 al 31 de Diciembre de 2016 y el valor de la ejecución fue de $ 8.600.000.oo. **Contrato No. 065 – 2017**, cuyo objeto contractual es *"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE URGENCIA Y HOSPITALIZACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO."*, el contratista presta el servicio objeto de contrato en el periodo comprendido entre el 01 de Marzo de 2017 al 31 de Julio de 2017 y el valor del contrato es de $ 22.736.250.oo.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintiun (21) días del mes de marzo de 2017.

OLGA LUCIA BRICEÑO CASTRO

Proyecto: Lorena R.

CATALEYA
Centro de Entrenamiento Médico

CERTIFICA

Este certificado se entrega con orgullo a:

ÁLVARO GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

Completó satisfactoriamente el curso de:

PALS

SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIATRICO

Según los lineamientos de la American Heart Association y Cataleya RCP

Este curso certifica 48 horas de educación médica no formal según decreto 4904 de 2009

11 de enero de 2025

Este certificado tiene vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición

ALBERTO M. DIAZ SOSA
Instructor

ALBERTO M. DIAZ SOSA
Coordinador Académico

Calle 25bis # 39-32 Barrio el Recuerdo – Bogotá
email: infocataleyarcp@gmail.com
Para verificación de la validez contactarnos escaneando el código QR

MEDICPLUS SAS
NIT: 901800420-1

CERTIFICA QUE:

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

Identificado(a) con cedula de ciudadania N°86079365

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 30/10/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifica Validez

LEIDY TRIANA
LEIDY TRIANA
GERENTE
CC 1.069.734.244

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FREYNER LEÓN
FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

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

"CELAPH COLOMBIA"
Centro de entrenamiento latinoamericano en APH

CELAPH COLOMBIA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO LATINOAMERICANO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
NIT No 901411057-1 / En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Del Ministerio de Educación Nacional

CONFIERE CERTIFICADO A:

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

Identificado con C.C. N° 86.079.365

Curso y aprobó el curso en:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

DURACIÓN: 120 HORAS

Realizado con: CELAPH COLOMBIA S.A.S

Dado el día 18 de Septiembre de 2026

Curso valido hasta 24 meses

Froilán A. Rincón Avella
Director Académico

Diana Marcela Arciniegas
Representante Legal

CDA/01909026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Para validación: **www.celaphcolombia.com**

CATALEYA
Centro de Entrenamiento Médico

CERTIFICA

Este certificado se entrega con orgullo a:

ÁLVARO GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

Completó satisfactoriamente el curso de:

Atención integral a víctimas de violencia sexual

Este curso certifica 48 horas de educación médica no formal según decreto 4904 de 2009

Con base en la resolución 0459 de 2012 que adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual

11 de enero de 2025

DIANA M. BARBOSA Z.
Instructor

ALBERTO M. DIAZ SOSA
Coordinador Académico

Para certificación de la validez contactarnos escaneando el código QR

Calle 25 bis #39-32 Barrio El Recuerdo – Bogotá infocataleyacp@gmail.com – www.cataleyacp.com

Centro de Entrenamiento Médico

CERTIFICA

Este certificado se entrega con orgullo a:

ÁLVARO GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

Completó satisfactoriamente el curso de:

Atención integral a víctimas de ataques con agentes químicos.

Según los lineamientos de la resolución 4568 de 2014 del ministerio de salud de Colombia
Este curso certifica 48 horas de educación médica no formal según decreto 4904 de 2009

02 de enero de 2025

DIANA M. BARBOSA Z.
Instructor

ALBERTO M. DIAZ SOSA
Coordinador Académico

Para certificación de la validez contactarnos escaneando el código QR

Carrera 25 No 69A-68, Barrio El Recreo – Bogotá, Colombia – www.centroentrenamiento.com

Centro de Entrenamiento Médico

CERTIFICA

Este certificado se entrega con orgullo a:

ÁLVARO GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

Completó satisfactoriamente el curso de:

Manejo en situaciones de duelo

Según los lineamientos de Cataleya RCP

Este curso certifica 48 horas de educación médica no formal según decreto 4904 de 2009

05 de enero de 2025

LILIANA FLOREZ R.
Instructor

ALBERTO M. DIAZ SOSA
Coordinador Académico

Para certificación de la validez contactarnos escaneando el código QR

Calle 25 bis #68-32 Barrio El Recuerdo – Bogotá. [illegible] – www.[illegible]

GESTIÓN DE DONACIÓN
DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

"CELAPH COLOMBIA"
Centro de entrenamiento latinoamericano
en APH

CELAPH
COLOMBIA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO LATINOAMERICANO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
NIT No 901411057-1 / En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Del Ministerio de Educación Nacional

CONFIERE CERTIFICADO A

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

Identificado con C.C. N°. 86.079.365

Cursó y aprobó el curso en:

"GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS"

DURACIÓN: 120 HORAS

Realizado con CELAPH COLOMBIA S.A.S

Dado el día 18 de Septiembre 2026

Valido hasta 24 meses

Froilán A. Rincón Avella
Director Académico

Diana Marcela Arciniegas
Representante Legal

CDA/01809026

En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Para validación: **www.celaphcolombia.com**

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

5 de junio de 2022

Horas: 20

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU | Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=629d103f-7554-448b-aa89-4840ac1f1c2e

65b8fe93-1e18-4839-b8df-a6bdac1f5b7c

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

ha participado y aprobado el

Curso virtual sobre los fundamentos del cuidado paliativo

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

30 de enero 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=65b8fe93-1e18-4839-b8df-a6bdac1f5b7c

ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SALUD

Certifica a:

Alvaro Gutierrez
Martinez

C.C. *86079365*

Por su participación en el diplomado virtual de

AIEPI Clínico

con una intensidad de ciento veinte (120) horas.

Fecha:

30 de abril del 2025

Firma:

Germán Escobar Morales
Secretario de Salud Pública

CEDESAP
Centro para el Desarrollo de
Capacidades en Salud Pública

MEDICPLUS SAS
NIT: 901800420-1

CERTIFICA QUE:

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

Identificado(a) con cedula de ciudadania N°86079365

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI CLÍNICO)

Con una intensidad horaria de 45 horas

Verifica Validez

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 30/10/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

LEIDY TRIANA
LEIDY TRIANA
GERENTE
CC 1.069.734.244

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FREYNER LEÓN
FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

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

MEDICPLUS SAS
NIT: 901800420-1

CERTIFICA QUE:

ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ

Identificado(a) con cedula de ciudadania N°86079365

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO PRUEBAS EN EL PUNTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE (POCT)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 30/10/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifica Validez

LEIDY TRIANA

LEIDY TRIANA
GERENTE
CC 1.069.734.244

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FREYNER LEÓN

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

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

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Alvaro Gutiérrez Martínez

C.C 86.079.365

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 14 de septiembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765863892000

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Alvaro Gutiérrez Martínez

C.C 86.079.365

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 14 de septiembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7658638923161

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Alvaro Gutiérrez Martínez

C.C 86.079.365

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 14 de septiembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765863892206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Alvaro Gutiérrez Martínez

C.C 86.079.365

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 14 de septiembre 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769350750000

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066918	6

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ			CC	86.079.365
DIRECCION	KM 10 VIA CATAMA FINCA EL JOROPO	CIUDAD	VILLAVICENCIO, META	TELEFONO	3165050340
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)
19 / 01 / 2026	01 / 01 / 2026	01 / 01 / 2027	01 / 01 / 2026	01 / 01 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: PEDIATRÍA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
GASTOS DE DEFENSA		$ 0.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 80,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 400,000,000.00	
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 400,000,000.00	

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******400,000,000.00	PRIMA:	$ **********267,630.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********50,849.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********318,480.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A, D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1102110375455 6(3900)000000318480(96)20270101

REFERENCIA PAGO: 1102110375455-6

62-03-101066918

FIRMA AUTORIZADA

CLARASANABRIA

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066918	6

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ			CC	86.079.365
DIRECCION	KM 10 VIA CATAMA FINCA EL JOROPO	CIUDAD	VILLAVICENCIO, META	TELEFONO	3165050340
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE 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:

1.2.1 Los hechos por los que se demanda o se reclama ocurran durante la vigencia de la poliza y hayan sido causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares del presente contrato de seguro.

1.2.2 SEGURESTADO 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.

1.2.3 En los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagaran por reembolso por 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 COBERTURA BASICA
Con sujecion a los terminos y condiciones de este seguro, la cobertura basica se extiende a cubrir los perjuicios ocasionados a pacientes del ASEGURADO y/o terceros, a consecuencia de:

2.1RESPONSABILIDAD 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.

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO: 100% del limite asegurado por evento y vigencia
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS; 100% del limite asegurado por evento y vigencia
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% del limite asegurado por evento y vigencia
GASTOS DE DEFENSA: EVENTO: $15.000.000
VIGENCIA: $ 80.000.000

DEDUCIBLES:10% de la perdida - minimo 1SMMLV

PRIMA VIGENCIA
(IVA INCLUIDO):$ 318.480

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.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066918	6

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ			CC	86.079.365
DIRECCION	KM 10 VIA CATAMA FINCA EL JOROPO	CIUDAD	VILLAVICENCIO, META	TELEFONO	3165050340
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

20.Violacion del secreto profesional.

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

22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardo o defectuoso de pactos o convenios que vayan ms 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 acusticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. En todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.

31.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestacion de servicios con una institucion prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC, que tenga habilitados dichos servicios por la autoridad competente en Colombia.

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

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

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

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

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

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT: 860.009.578-6

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066918	6

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	ALVARO GUTIERREZ MARTINEZ			CC	86.079.365
DIRECCION	KM 10 VIA CATAMA FINCA EL JOROPO	CIUDAD	VILLAVICENCIO, META	TELEFONO	3165050340
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: El seguro provisto por este acuerdo no se aplica a perdidas o gastos que surjan o contribuyan a uno o mas de los siguientes casos:
1. Perdida, alteracion o daño a, corrupcion o reduccion de la funcionalidad, disponibilidad u operacion de cualquier computadora, sistema informatico, sitio web o cualquier otro sistema electronico de datos, hardware, proceso, programa, software, datos, deposito de informacion, microchip, circuito integrado o dispositivo similar en equipos informaticos o no informaticos, ya sea propiedad del asegurado en la poliza del reasegurado o no;
2. Cualquier acceso o divulgacion de informacion confidencial, personal, de propiedad u otra informacion no publica de cualquier persona u organizacion en cualquier forma registrable, incluidos, entre otros, los gastos asociados con la notificacion, reparacion, mitigacion o prevencion de una violacion de seguridad; o,
3. Amenazas de extorsion, fraude y robo que involucren cualquier computadora, sistema informatico, software, proceso o programa informatico, sitio web o cualquier otro sistema de datos electronicos o cualquier informacion confidencial, personal, privada u otra informacion no publica.
65. Exclusion de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: SEGURESTADO no sera responsable de realizar ningun pago por Perdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:
1.el hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:
a.un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
b.la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o
2.el incumplimiento del Asegurado de seguir un plan de gestion de crisis que aborde los pasos mencionados en (i) arriba; o
3.El Asegurado real o presunta:
a.Falla para evaluar o revelar adecuadamente y de manera continua;
b.declaraciones falsas y engañosas en relacion con; o
c.Falla al tomar las medidas adecuadas para mitigar, El riesgo que representa una Enfermedad Transmisible para el negocio, los empleados, los proveedores, los clientes, del Asegurado o para el desempeño financiero del Asegurado.
Para propositos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:
1) Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
2) Neumonia atipica o cualquier cepa de esta;
65. Acuerdos extrajudiciales o judiciales a los que llegue el Asegurado, sin la autorizacion previa de SEGURESTADO.

AMBITO TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION APLICABLE:Colombiana

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.
La presente poliza se expide como global para la actividad del cliente, bajo vigencias anualizadas, podra ser renovada o revocada, pero no se podran realizar movimientos de prorroga.
Terminos y Condiciones sujeto a confirmacion escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los ultimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo peticion y/o secuestro de Historias Clinicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.