Mosquera Cundinamarca septiembre de 2026

Doctora
JUANITA CORRAL CASTILLO
Gerente
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA ESE MOSQUERA

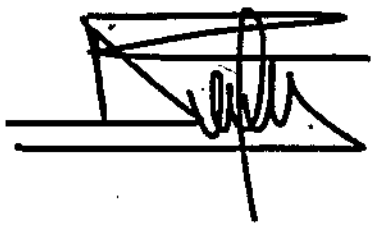
REF. Presentación de propuesta de servicios

Respetados señores

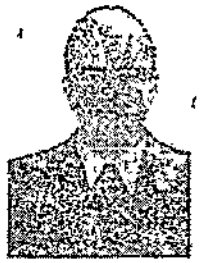
Por medio de la presente me permito presentar y ofrecer mis servicios como médico especialista en urgencias para desempeñar actividades fines a mi formación en la institución, adhiriéndome a las políticas, procesos y demás exigencias de la institución y en pro del bienestar de la comunidad destacando ética e integridad.

Agradezco la atención prestada y quedo atento a cualquier inquietud.

Atentamente



DANIEL FELIPE CARO ECHEVERRI
C.C 1.022.403.039 de Bogotá



Nombre: Daniel Felipe Coro Echeverri

Fecha de nacimiento: 05 de Mayo de 1995

Edad: 24 años

Cedula de Ciudadanía: 1´022.403.039 de Bogotá D.C

Lugar de nacimiento: Bogotá D.C

Celular: 3107812394,

Dirección: Carrera 68 #4-40 S Bogotá D.C

Estado Civil: Soltero

E-mail: coro.daniel3@gmail.com

PERFIL

Me caracterizo por la responsabilidad y el dinamismo, con deseos de profundizar mis conocimientos de forma permanente, consciente que para ejercer la labor médica es necesaria la sensibilidad e interés por el paciente; cumplo adecuadamente con puntualidad, responsabilidad y honestidad las actividades que realizo. Con habilidades como liderezgo , resolucion de conflictos de manera eficaz y oportuna

FORMACION ACADEMICA

Estudios Primarios 1999-2004
Colegio Fabio Riveros Villanueva Casanare

Estudios Secundarios: 2005-2010
Institución Educativa Nuestra Señora de los Dolores de Manará Villanueva Casanare

Universitarios: Pregrado Medicina
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud 2011-2017

Hospital San José
Hospital Infantil Universitario de San José

Rotaciones:

- Medicina Interna: Manejo inicial en urgencias de enfermedades crónicas, promoción y prevención de enfermedades no trasmisibles.
- Urgencias Adultos: Clasificación de TRIAGE, manejo oportuno del paciente crítico, manejo inicial de diferentes patologías en el adulto, reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, enfoque inicial de las diferentes patologías y eventos médicos.
- Pediatría: Clasificación TRIAGE, adaptación neonatal y principios básicos PALS, valoración inicial del recién nacido, esquema de vacunación y prevención, crecimiento
- y desarrollo, manejo en urgencias de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, puericultura, manejo integral del menor de edad
- Ginecología y Obstetricia: Atención primaria de paciente embarazada, control prenatal y manejo y atención del parto y puerperio, promoción y prevención prenatal, detección y diagnóstico oportuno de enfermedades que afecten el binomio materno-fetal.
- Cirugía General: Valoración inicial y manejo primario de trauma cervical, torácico y abdominal, manejo inicial de abdomen agudo e identificación de patologías con requerimiento quirúrgico
-
- Anestesia y Reanimación: Manejo de vía aérea, reanimación cerebro-cardiopulmonar básica y avanzada en adultos, manejo del dolor, secuencia de intubación rápida.
-
- Ortopedia y traumatología: Identificación y manejo inicial de urgencias ortopédicas e inmovilización de los diferentes tipos de fracturas
- Internado especializado: Ginecología y Obstetricia: Ayudantía quirúrgica en urgencias obstétricas y cirugías ginecológicas y laparoscopia ginecológica, enfoque en patologías materno fetales de mediano y alto riesgo,atención integral del parto y puerperio.

Otros

- Participante congreso XVI BIENAL ginecología y obstetricia
- Conferencista II Simposio Internos F.U.C.S 2017
- Cursos
- Curso modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual
- Curso Instituciones amigas de la mujer y la infancia integral IAMII Lineamientos 2018
- Curso buenas prácticas en seguridad del paciente

Diplomados

- Diplomado en Seguridad del paciente ,Politécnico de Colombia Actualmente -2019
- Diplomado en Medicina Transfusional Básica – 07/2019 – Secretaría de Salud

de Bogotá

Especializaciones

- Estudiante de Epidemiologia Clínica Fundación Universitaria de Ciencias de la salud
- Estudiante de Medicina de urgencias y paciente crítico Fundación Universitaria de Ciencias de la salud.

Experiencia laboral

*Servicio Social Obligatorio (12 meses)
*Sabanalarga Casanare – RedSalud Casanare
Atención en servicio de urgencias
Consulta externa adultos: Promocion y prevención de enfermedades no transmisibles. Quinquenios 45-50-55-60-65- 70-75-80-85. Control de enfermedades crónicas.
Consulta externa pediatría: Control de primera vez, control de crecimiento y desarrollo por grupo etario.
Consulta externa ginecología: Atención prenatal
Hospitalización
*Hospital San José - Sociedad de cirugía de Bogota
Atención en el servicio de urgencias
Urgencias de mediana y alta complejidad

*IPS Santa Laura - Bogota Agosto 2020 - Diciembre 2020
Manejo de paciente en Unidad de cuidados intensivos

*Clínica Nogales - GESIMED - Agosto 2021 - Actualmente
Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios

E.S.E Maria Auxiliadora – Mosquera Cundinamarca
Atención en servicio de urgencias
Observación en urgencias
Hospitalización adultos y pediatría
Hospitalización Ginecológica

Coordinación del servicio de urgencias, observación y hospitalización (Noviembre 2019 - Julio 2020)

Médico especialista -Unidad de cuidados intensivos.

*Clínica Medifaca - noviembre de 2023
Manejo de paciente en Unidad de cuidados intensivos

*Clínica Palermo
Médico especialista -Unidad de cuidados intensivos.

REFERENCIAS

- Familiares:
  - José Luis Cero Ramírez

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Cano	Espinosa	Daniel Felipe

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS. ( ) No. 1023903094 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) — NÚMERO: 1023903094 — D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 03 MES 05 AÑO 1995

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CARRERA 68 A 40 SUR INT 7 APTO 519 CALAN

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: BOGOTÁ D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ D.C.

TELÉFONO: 3107912254 — E-MAIL: daniel.cano3@gmail.com

2. FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 5o. DE BACHILLERATO CORRELEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BÁSICA SECUNDARIA
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES 12	AÑO 2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EL EXAMEN DE CALIDAD ACADÉMICA (ECAES)

TO (TECNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
POSTGRADO	6	X		ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS	07	2022	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2017	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO MOSQUERA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO Día 01 Mes 11 Año 2023		FECHA DE RETIRO Día Mes Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		DIRECCIÓN CALLE 3 2 15 Sin dirección

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE	PÚBLICA	PRIVADA X	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO Día 17 Mes 03 Año 2019		FECHA DE RETIRO Día 21 Mes 10 Año 2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN Sin dirección

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD RESCALUD CASANARE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO Día 04 Mes 09 Año 2017		FECHA DE RETIRO Día 03 Mes 08 Año 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL MÉDICO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN Sin dirección

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	8

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HOY ÉSTO PRESENTA COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2025-12-10 00:43

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIEL	FELIPE	CARO	ECHEVERRI

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1022463039

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

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: MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	MOSQUERA

Dirección: ["calle 3 # 1-19 este"]

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 Y DE CONFLICTOS DE INTERÉS

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

I. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$264.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$8.000.000,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$272.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$10.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA CREDITO	$12.000.000,00
CREDITO EDUCATIVO	$80.000.000,00

23. 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 los 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	Renta

2.5 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

2.6 CONFLICTOS DE INTERESES

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.

2.7 INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento: | Número:

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.8 INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD O CIVILIDAD

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. INTERÉS DIRECTO DE 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:

3. 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 el 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

12.5. DONACIONES QUE ME 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

12.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

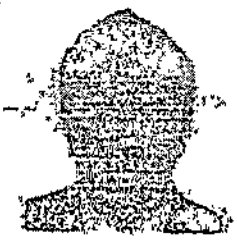
Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.403.039
CARO ECHEVERRI

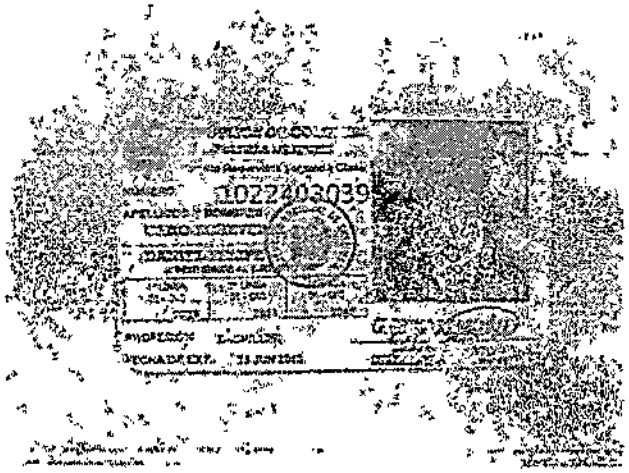
DANIEL FELIPE

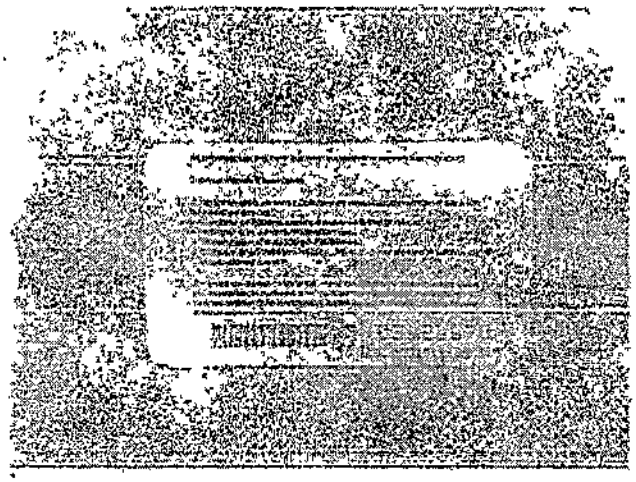


FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1995
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

1.77 O+ M

EXPEDIDA EN BOGOTA D.C.

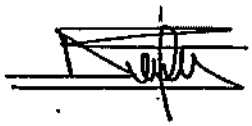

1022403039



Fecha: 30/09/2026

Yo, **DANIEL FELIPE CARO ECHEVERRI**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.032.403.039** expedida en **BOGOTA**, manifiesto que he recibido y conozco la información suministrada por el Proceso de Talento Humano del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, relacionado con los procesos de inducción y reinducción, capacitaciones, cursos institucionales, lineamientos, comunicaciones, novedades, trámites administrativos, terminación o finalización del contrato de prestación de servicios y demás información inherente a la gestión del talento humano.

En constancia de lo anterior, firmo el presente documento.



Firma:

Nombre: DANIEL FELIPE CARO ECHEVERRI

Cédula de ciudadanía No.: 1.032.403.039

Teléfono: 3107812394

Contratista x Planta ____

JURAMENTO ÉTICO Y CONFLICTO DE INTERESES

Yo, **DANIEL FELIPE CARO ECHEVERRI** identificado con cédula de ciudadanía número **1.022.403.039**, en mi calidad de Servidor Público, Contratista del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, declaro bajo la gravedad del juramento que conozco, comprendo y me comprometo de manera voluntaria y consciente

a. Priorizar la Vida y la Salud: Orientar todas mis actuaciones al bienestar, la seguridad y la dignidad de los usuarios y la comunidad de Mosquera, prestando un servicio humanizado, oportuno y con calidad.
b. Acatar los Valores Institucionales: Actuar bajo los principios de Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, de acuerdo con el Código de Integridad de la institución.
c. Resguardar la Confidencialidad: Mantener estricta reserva sobre la historia clínica de los pacientes y la información confidencial de la Institución, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).
d. Cuidar los Recursos Públicos: Velar por el uso eficiente, transparente y austero de los bienes, equipos e insumos médicos y administrativos asignados para el cumplimiento de mis labores.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
(De conformidad con la Ley 1437 de 2011, Ley 1952 de 2019 y normas concordantes)
Marque con una X la opción correspondiente a su situación actual:

A. **Relaciones Comerciales o Financieras** ¿Tiene usted, su cónyuge, compañero(a) permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, algún interés económico, acciones o vínculo comercial con proveedores de medicamentos, insumos, equipos médicos o servicios de la Institución? SÍ [ ] NO [X]

B. **Vinculación con Competidores o Entidades del Sector** ¿Presta usted servicios asistenciales, de asesoría o consultoría en otra institución de salud (pública o privada) cuyas funciones o horarios entren en conflicto directo con sus responsabilidades en este Hospital? SÍ [ ] NO [X]

C. **Relaciones de Parentesco** ¿Tiene familiares laborando en el Hospital María Auxiliadora de Mosquera que se encuentren en una relación directa de subordinación o control respecto a su cargo? SÍ [ ] NO [X]

Detalle de la declaración: (Si marcó SÍ en alguna de las casillas anteriores, por favor describa brevemente la situación a continuación. Si marcó NO, escriba "No aplica"). [Espacio para detallar el conflicto de interés si existe].

Manifiesto que la información aquí consignada es verídica y fiel a la realidad. Me comprometo a actualizar este formato de manera inmediata si durante el ejercicio de mis funciones surge una nueva situación que configure un potencial conflicto de intereses.

Para constancia de lo anterior, se firma en el municipio de Mosquera, Cundinamarca, a los treinta días del mes de septiembre del año 2026.



Firma:
Cédula de ciudadanía No.: ____1.032.403.039

Fecha: 30/09/2026

Señores
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA E.S.E. DE MOSQUERA
Mosquera, Cundinamarca

Yo, **DANIEL FELIPE CARO ECHEVERRI** _, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.022.403.039**, actuando en nombre propio, manifiesto bajo la gravedad de juramento, el cual se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que a la fecha de su firma:

1. **Sí ( ) No (x)** Me encuentro desempeñando un empleo o cargo público en esta entidad o en otra entidad del Estado.
2. **Sí ( ) No (x)** Soy cónyuge, compañero(a) permanente o tengo parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil con servidores públicos que desempeñen cargos del nivel directivo, asesor o de control interno del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera o de la Contraloría competente.
3. **Sí ( ) No (x)** Tengo parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil con exservidores públicos que hayan ocupado cargos del nivel directivo en el Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera y se hayan retirado dentro de los dos (2) años anteriores.
4. **Sí ( ) No (x)** He sido servidor(a) público(a) del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, concejal o edil dentro de los dos (2) años anteriores y desempeñé funciones iguales o similares a las relacionadas con el objeto del contrato.
5. **Sí ( ) No (x) No aplica ( )** En mi calidad de profesional del área de la salud, me encuentro desempeñando un cargo público en el área administrativa de una entidad estatal.
6. **Sí ( ) No (x)** He sido sancionado(a) con cinco (5) o más multas, o con dos (2) multas y un incumplimiento, o con dos (2) incumplimientos en contratos estatales durante una misma vigencia fiscal, dentro de los tres (3) años anteriores.
7. **Sí ( ) No (x)** Soy o he sido miembro de la Junta Directiva de una entidad descentralizada del orden territorial vinculada al Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, dentro del año inmediatamente anterior.
8. **Sí ( ) No.(x)** Me encuentro incurso(a) en alguna otra causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de interés o prohibición para contratar con entidades estatales, diferente de las anteriormente relacionadas.

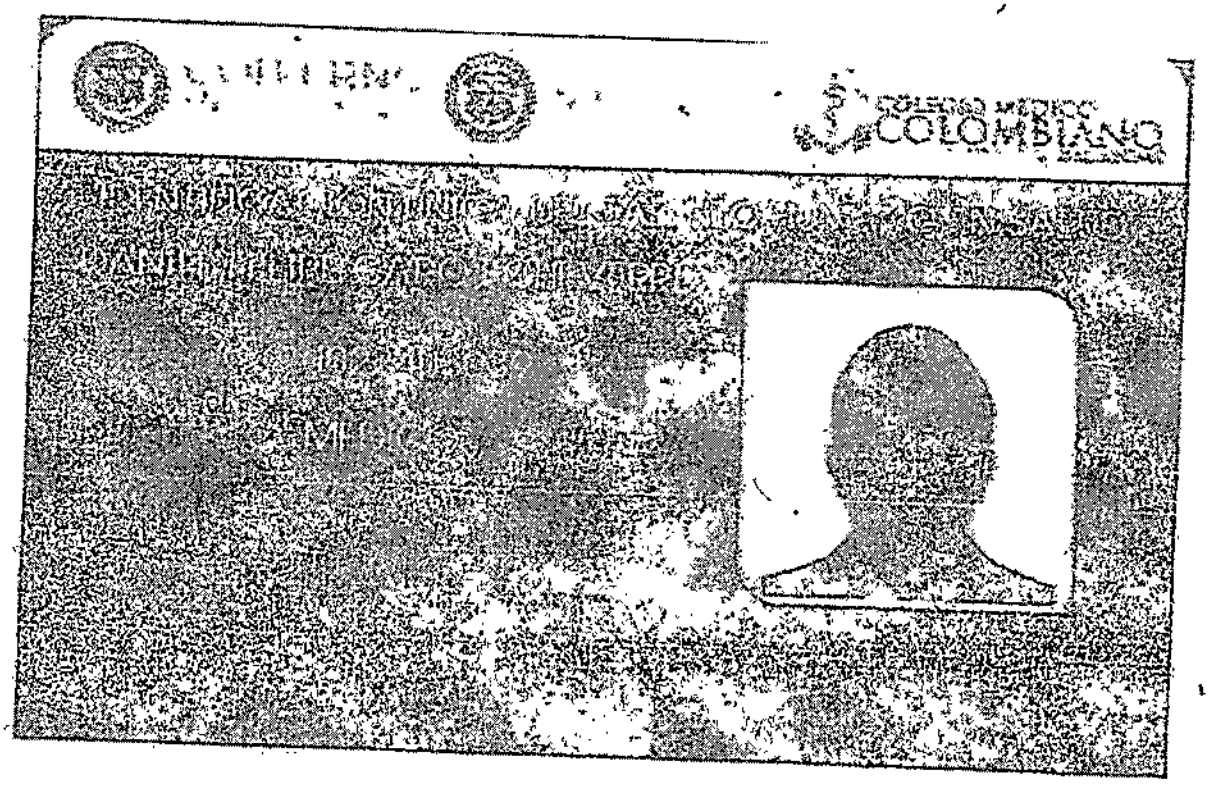
Declaro que la información suministrada es veraz y conozco que cualquier falsedad u omisión podrá dar lugar a las acciones legales y administrativas a que haya lugar, de conformidad con la Constitución Política y la legislación colombiana vigente.

En constancia de lo anterior, firmo la presente declaración.

Firma: _____

Nombre: DANIEL FELIPE CARO ECHEVERRI

Cédula de ciudadanía No.: 1.022.403.039


COLEGIO MEDICO
COLOMBIANO



Este es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 419 de 2019. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 PH
bta@colegiomedicocolombiano.org



Firma Representante Colegio Medico Colombiano

FUCS

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

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

Facultad de Medicina

En atención a que

Daniel Felipe Caro Echeverri

C.C. 1.022.403.039 de Bogotá

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

Médico

En Bogotá, D.C., Colombia el 16 de julio de 2017

en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos.

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector

Secretario General

Decano

Secretario Académico

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS
Personería Jurídica 1091 del 1° de Diciembre de 1978 del Ministerio de Educación Nacional

FUCS

Acta de Grado No. 049

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los dieciséis (16) días del mes de junio de 2017, en el Auditorio Guillermo Ferguson del Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 3842 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 451 del 30 de mayo de 2017, se redactó acta solemne para otorgar el título de:

Médico

a

Daniel Felipe Caro Echeverri

Identificado con cédula de ciudadanía No. 1.022.403.039 de Bogotá, como consta en el acta 049, folios 078, 079 y 80 del libro de actas No. 1.

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

En el diploma de grado aparecen la firma de los doctores Jorge Gómez Cuesta, Presidente del Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Álvaro Granados Calixto, Decano, Oscar Eduardo Mendoza Ramírez, Secretario Académico y para constancia de lo anterior, se firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los dieciséis (16) días del mes junio del año dos mil diecisiete (2017).

MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS
Secretario General

Código de Aprobación SNIES No. 6118

8725

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
FUCS

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

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS

Personería Jurídica hasta del 7 de Diciembre de 1978 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Medicina

En atención a que

Daniel Felipe Caro Echeverri

C.C. 1.022.403.039 de Bogotá D.C.

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

Especialista en Medicina de Urgencias

En Bogotá, D.C. Colombia, el 18 de Agosto de 2023
en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector

Secretaria General

Decano

Secretaria de Facultad

Libro de Grados 3155 Folio 003, 004, 005 y 006

Folio

de Ciencias de la Salud
FUCS

VIGILADA MINEDUCACION Personería Jurídica 10977 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 257

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los dieciocho (18) días del mes de agosto de 2023, en el Auditorio Guillermo Fergusson de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 5940 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 613 del 8 de agosto de 2023, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Especialista en Medicina de Urgencias

a

Daniel Felipe Caro Echeverri

Identificado con C.C. No. 1022403039 de Bogota D.C., como consta en el acta No. 257, Folios 053, 054, 055, 056 y 057 del libro de Actas número 4.

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

En el diploma de grado aparecen las firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente del Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Oscar Eduardo Mora, Decano, Carlos Alberto Castro, Secretario Académico y para constancia de lo anterior firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los dieciocho (18) días del mes de agosto del año dos mil veintitrés (2023).

JORGE LUIS HERRERA ARIZA
Secretario General

FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

NIT 860.051.853-4

FMOP023-21

El Jefe de Posgrados de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS, Institución de Educación Superior sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional de Colombia, con Personería Jurídica reconocida mediante Resolución 10917 de 1976, estatutos ratificados mediante Resolución 021948 de 2020, y Acreditación de Alta Calidad otorgada mediante Resolución 013601 del 09 de diciembre del 2019 con vigencia de 4 años, disposiciones expedidas por el mismo Ministerio

CERTIFICA

Que el(la) doctor(a) CARO ECHEVERRI DANIEL FELIPE, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1022403039, actualmente se encuentra matriculado(a) en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS, cursando 8 semestre de la Especialidad de MEDICINA DE URGENCIAS, en el periodo 2023 -1, que va desde el 01 de febrero hasta el 31 de julio. Este programa académico tiene una duración total de 6 semestres, es de tiempo completo y dedicación exclusiva.

Fecha de Inicio del programa: 10 de julio de 2020
Fecha de terminación del programa: 31 de julio de 2023

Se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C., a los veintiún (21) días del mes de julio de 2021.

Secretaría de Ciencias de la Salud
JEFE POSGRADO E INTERNADO

ÓSCAR EDUARDO MORA HERNÁNDEZ
Jefe de Posgrados – Facultad de Medicina

Vigilada Mineducación

JALONDONGO

CARO ECHEVERRI DANIEL FELIPE

Centro Cra. 19 No 8[illegible] Bogotá D.C. Colombia
www.fucsalud.edu.co

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1022403039

Primer Nombre: DANIEL

Primer Apellido: CARO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9025

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-05→11:46:54 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	1022403039	DANIEL	FELIPE	CARO	ECHEVERRI	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DANIEL FELIPE CARO ECHEVERRI identificado(a) con CC 1022403039 registra La siguiente información:

2026-10-05→11:46:54 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportad
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	2026-08-28	157425	COLEGI MEDICC COLOMBIA
UNV	Local	MEDICINA	2018-09-25	38846	COLEGI MEDICC COLOMBIA
ESP	Local	ESPECIALIZACION	2023-08-18	117437	COLEGI

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Mod Pres
Presto SSO	Local	COLOMBIA|CASANARE|SABANALARGA	2017-09-04	2018-09-03	Pres de Se Profes de Sa I Habi

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).

SISPRO

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)

Contacto

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.

RC MÉDICA MAPFRE

RENOVACIÓN

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

RENOVACIÓN
Póliza No 5214222000947
Ref:3212161969
Copia

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	8	1	MOSQUERA	CRA 5E No. 18 - 16 OF 204 CC	BOGOTA D.C.
TOMADOR CARO ECHEVERRI DANIEL FELIPE		NIT / CC 1022403039	DIRECCIÓN KR 66 # 19 - 72 TORRE 1 APP 2001	CIUDAD BOGOTA D.C.	TELEFONO
ASEGURADO CARO ECHEVERRI DANIEL FELIPE		NIT / CC 1022403039	DIRECCIÓN KR 66 # 19 - 72 TORRE 1 APP 2001	CIUDAD BOGOTA D.C.	TELEFONO
ASEGURADO N.D.		NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO		NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
MEDINA BARRETO DIANA JANNETH	AG.INDEPENDIENTE DEL	96570	8287633	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
5	5	2026	INICIACIÓN	00:00	16	5	2026	365	INICIACIÓN	00:00	16	5	2026	365
			TERMINACIÓN	00:00	16	5	2027		TERMINACIÓN	00:00	16	5	2027	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	MEDICINA DE EMERGENCIA
ESPECIALIDAD	MEDICINA DE EMERGENCIA
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
CIUDAD	MOSQUERA



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$1.000.000.000,00	10% PERO Min 1000000 (PESO COLOMBIANO)
Gastos de defensa	$400.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. sue o dependiente	$1.000.000.000,00	10% PERO Min 1000000 (PESO COLOMBIANO)
Asistencia medica emergencia	$1.000.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro

RC

Contacta con nosotros:

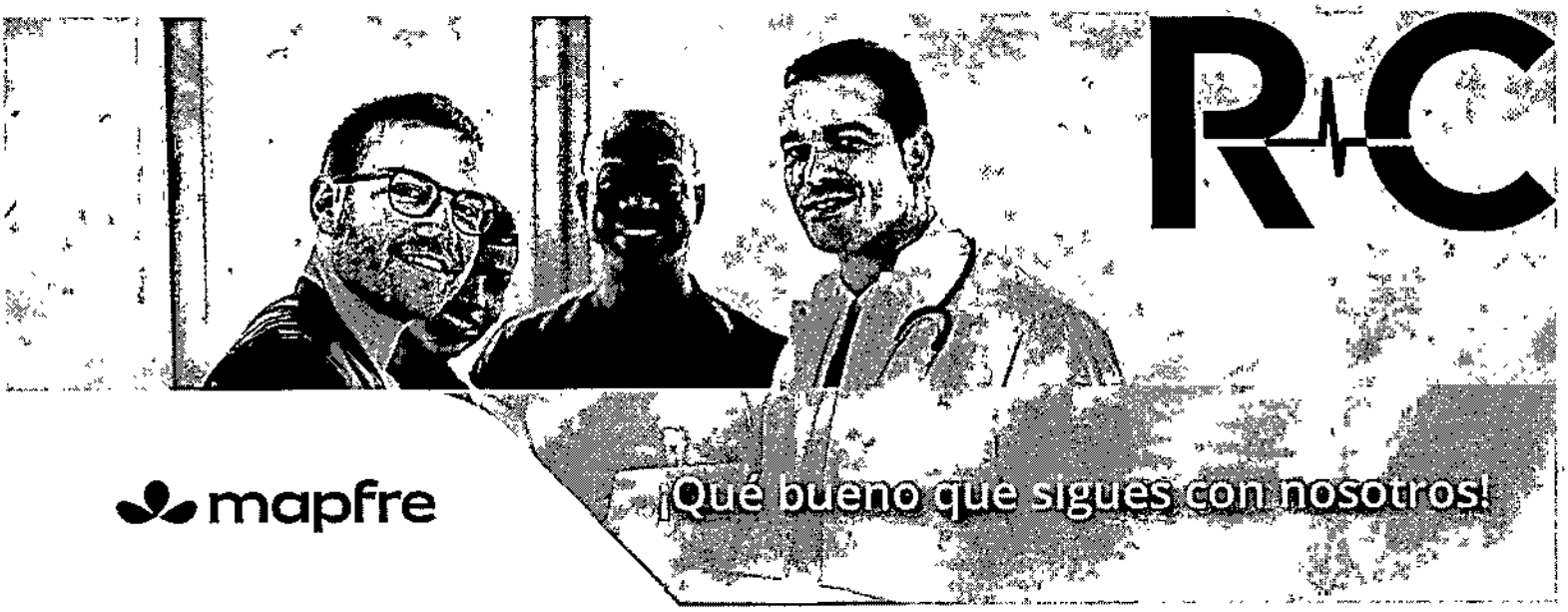
SÍ 24

Comunícate al
01 8000 519 991 a nivel nacional,
601 307 7024 desde Bogotá
o desde tu celular al #624

Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co

¿Necesitas asistencia?

316 783 8556



mapfre

Estimado.
CARO ECHEVERRI DANIEL FELIPE

¡Nos alegra que hayas renovado la protección con tu aseguradora global de

Para nosotros es una exelente noticia seguir contando con clientes como tú. Sigue disfrutando de todas las ventajas y beneficios de estar asegurado con MAPFRE y recuerda que toda la documentación de tu póliza la encuentras en los siguientes enlaces:

- Condicionado de mi seguro de RC.
- Guía interactiva del asegurado.
- Certificado de seguro.
- Portafolio.

Recuerda que contamos con diferentes alternativas de pago. Más información, haciendo clic aquí.

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

MEDINA BARRETO DIANA JANNETH
Móvil: 8287633
Email: DIANAMEDINA.MAPFRE@GMAIL.COM

Sigue gestionando tus productos en clientes.mapfre.com.co y revisando tu perfil de mapfretecuidamos.com.co, nuestro programa lleno de ventajas para ti. Y por supuesto, mantente al día en nuestras redes:

@mapfreco @MAPFRE_CO @MAPFREco

Seguimos contigo, siempre de tu lado.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

RC MÉDICA MAPFRE

¿Necesitas Asistencia?
ESCANÉAME

RC MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 424.839,00	$ 20.000,00	$ 444.839,00	$ 84.519,00	$ 529.358,00

(415)7707289180029(8020)032123601869(3900)000052935 8(96)20260616

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones RENOVACION POR WHATSAPP 573124683491 A SOLICITUD DE LA SEDORA ANGIE

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

ANEXOS

RC PROFESIONAL MÉDICOS

ASEGURADO: DANIEL FELIPE CARO ECHAVERRI

ESPECIALIDAD: ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS CON PROCEDIMIENTOS INVASIVOS MAYORES Y MENORES

VIGENCIA: 16-06-2026 AL 16-06-2027

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

AMPAROS

e R.C. como consecuencia de cualquier acto médico derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

e R.C. consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado

LÍMITE VALOR ASEGURADO: $ 1.000.000.000

e R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 5 0%. del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

e Gastos Judiciales sublimitado 40% del límite asegurado evento / vigencia E ste valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en ex ceso de éste.

e PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual sublimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor es tá incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

PRIMA ANUAL SIN IVA 529.358

DEDUCIBLES:

e Básico 10% MÍNIMO $ 1SMMLV e No opera para Gastos Médicos e Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITU D FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERC IO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CO NDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

NO SE OTORGA

e R.C. Extracontractual e Bienes bajo cuidado tenencia y control e Restablecimiento automático de valor asegurado. e Errores e Inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud. e Renovación automática e R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas e Los procedimientos estéticos y de cirugía plástica salvo que se trate de u na cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de accidente. e Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios. e Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante l iposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medic amentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en otro sentido en la presente póliza, este seguro excluye cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, cost e o gasto de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causado por, que surja de, que resulte de o derivado de o en relación con una enfermedad tra nsmisible o el temor o la amenaza (ya sea real o percibida) de una enfermedad transmisible con independencia de cualquier otra causa o evento que contri buya de manera simultánea o en cualquier otra secuencia a ello.

2. Tal como se utiliza en el presente documento, se entiende por enfermedad transmisible toda enfermedad que pueda ser transmitida por medio de cualquier sustancia o agente desde un organismo cualquiera a otro organismo, en la p resente definición:

2.1 la sustancia o el agente incluye, entre otros, un virus, una bacteria, u n parásito u otro organismo o cualquier variación de estos, ya sea que se co nsideren vivos o no; y

2.2 el método de transmisión ya sea directo o indirecto, incluye, entre otro s, la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la transm isión desde o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gas o e ntre organismos; y,

2.3 la enfermedad, la sustancia o el agente pueden causar o amenazar con cau sar daños a la salud o al bienestar de las personas o pueden causar o amenaz ar con causar daños, deterioro, pérdida de valor, comerciabilidad o pérdida de uso de los bienes.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. Firma Autorizada

R-C MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL
MÉDICOS INDIVIDUALES

CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA, ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA, ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERO MIN $1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDIDA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO, DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO, Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS, Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS, O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

RÉGIMEN COMÚN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3/93, AGENTE RETENEDOR DEL IVA, SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 3046 DE JUNIO 21 DE 2011.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART.5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

Fecha: 30/09/2026

Señores
FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Asunto: Autorización para la verificación de títulos académicos

Yo, **DANIEL FELIPE CARO ECHEVERRI**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.022.403.039** expedida en **BOGOTA** , en calidad de titular de la información, de conformidad con lo establecido en el Artículo 15 de la Constitución Política de Colombia y la Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la Protección de Datos Personales, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a la institución educativa o entidad competente para suministrar al **Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera** la información necesaria con el fin de verificar la autenticidad, validez, veracidad e idoneidad de mi formación académica y de los títulos obtenidos.

La presente autorización comprende la consulta y confirmación de la información relacionada con el siguiente título académico:

Título académico: ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS

Esta autorización se otorga exclusivamente para los fines de verificación documental y validación de requisitos dentro de los procesos adelantados por el Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera.

En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización.

Firma:

Nombre: DANIEL FELIPE CARO ECHEVERRI

Cédula de ciudadanía No.: 1.032.403.039

Teléfono: 3107812394

Dirección: Carrera 18 17s-34

Correo electrónico: caro.daniel3@gmail.com

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:50:09 AM horas del 30/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1022403039**

Apellidos y Nombres: **CARO ECHEVERRI DANIEL FELIPE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

[redacted]

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 30/09/2026 11:51:41 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1022403039** y Nombre: **DANIEL FELIPE CARO ECHEVERRI.**

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. **148692616** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303983070

PIB
11:49:06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 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) DANIEL FELIPE CARO ECHEVERRI identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022403039:

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 miércoles 30 de septiembre de 2026, a las 11:47:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1022403039
Código de Verificación	10224030392609301147 10

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

COR

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 11:57:38 horas del 30/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1022403039,** Apellidos y Nombres **CARO ECHEVERRI DANIEL FELIPE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL MARIA AUXILIADORA** , con NIT **831010436-9** 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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1022403039 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 30/09/2026 11:56 AM

Código Verificación: **XV6W8E9A3N**

Válida hasta: **30/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MOSQUERA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,

21/09/2026

A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DANIEL CARO ECHEVERRI** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022403039**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488401352759**
Fecha de apertura	**14/09/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO