Montería, 02 de septiembre de 2026.

Fecha
17/09/2026

Doctora
**LILIANA YUNEZ LUQUETA**
Gerente
**E.S.E VIDA SINÚ**
Dir. Calle 22B N° 4W-33 Barrio El Amparo
Teléfono: 7848910 – 3176427964
Montería – Córdoba.

E.S.E.
vidasinú
Radicado N° 117092026211740
17 09/2026 10:04 Folios: 54

Referencia: **PROPUESTA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES.**

El suscrito Raúl Ernesto Petro Flórez identificado con la cédula de ciudadanía N° 1067912580 expedida en Monteria y portador de la T.P 1067912580. actuando en nombre propio, me permito presentar propuesta para la Prestación de Servicios Profesionales de Medico para Cumplir con las Actividades requeridas por la Empresa Social del Estado E.S.E. Camu Vidasinú.

Los términos de esta propuesta han sido formulados con base en las especificaciones contenidas en los estudios previos.

Consciente de la importante responsabilidad que se asume al frente de una entidad pública, pongo a su disposición mi propuesta de trabajo como Medico, orientada a lograr la excelencia en los resultados requeridos.

A través de mi desempeño como profesional he adquirido una importante experiencia durante mi trasegar profesional.

**SERVICIOS A PRESTAR**

- Valoración clínica integral.
- Revisión de antecedentes y soportes clínicos.
- Identificación de condiciones de salud relacionadas con las deficiencias.
- Valoración de funciones y estructuras corporales.
- Participación en la aplicación de la CIF.
- Participación en la valoración multidisciplinaria simultánea.
- Integración de los hallazgos clínicos con los demás profesionales.
- Participación en la determinación del resultado de la valoración.
- Registro de la información clínica.
- Participación en la generación del certificado cuando corresponda.
- Orientación al usuario y/o persona de apoyo.
- Realización de valoraciones intramurales y extramurales.

## TARIFA DE SERVICIOS

El valor de la valoración clínica multidisciplinaria será determinado conforme al valor unitario ajustado a los recursos enviados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia correspondiente.

**Valor unitario vigencia 2026: $ 26.000**

Este valor deberá ser validado contra el acto administrativo, lineamiento o instrumento de financiación aplicable a la vigencia y fuente de recursos correspondiente.

La Resolución 1197 de 2024 establece que el valor unitario es fijado por el Ministerio para cada vigencia y actualizado conforme a la variación anual del IPC; además, contempla los gastos de administración y, en la modalidad domiciliaria e intramural y los gastos derivados del traslado del equipo multidisciplinario.

De lo anterior, declaro aceptar y haber entendido en toda su extensión sus alcances y significado. El suscrito declara:

1.- Bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que, en el evento de resultar adjudicatario de esta contratación, cumpliré con todo lo ofrecido en dicha propuesta

2.- Que ninguna Persona Natural o Jurídica diferente del proponente tiene interés en la propuesta que presento ni en el contrato que pudiera celebrarse y que, en consecuencia, sólo compromete al abajo firmante.

3.- Que se han examinado cuidadosamente los estudios previos e invitación correspondientes y se he enterado perfectamente del significado de todo lo que en éste se expresa, se acepta su contenido y en caso de que nos fuera adjudicado el contrato, nos obligamos a cumplir con todos los términos y condiciones que en él se estipulan.

4.- Que no estoy incursos en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 1150 del 2007 y 80 de 1993, ni en ninguno de los eventos de prohibición especiales para contratar.

5.- Que ejecutare el contrato de acuerdo con los precios relacionados en la propuesta.

6.- En caso de que se me adjudique el contrato, me comprometo a cumplir con las especificaciones.

7.- En caso de que se me adjudique el contrato, me comprometemos a suscribir el correspondiente contrato y a otorgar todas las garantías solicitadas en los montos y vigencias indicadas.

8- En el evento de resultar favorecido en la adjudicación, me obligo a aceptar la SUPERVISION designada por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE VIDASINU.

9.- La propuesta sólo me compromete a mi como persona natural.

11.- Acepto que la presente propuesta no compromete a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE VIDASINU.

Para todos los efectos informo a ustedes que toda la correspondencia relacionada con esta Contratación la recibiremos en:

Cuentas de correo electrónico.

Celular:

3137375290

Atentamente,

**RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ**
C.C. No. 1067912580 de Monteria

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141130649522

(415)7707212489984(8020) 000014113064952 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 7 9 1 2 5 8 0 | 9 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Lorica 4 1 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PETRO | FLOREZ | RAUL | ERNESTO |

Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Caucasia 1 5 4 |

41. Dirección principal
CL 31 TV 18 BRR EL PALMAR

42. Correo electrónico raulpetro39@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 7 3 7 5 2 9 0 | |

## CLASIFICACIÓN

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

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5 - Impto. renta y compl. régimen ordinar

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

DOCUMENTO GENERADO ELECTRÓNICAMENTE

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA: E.S.T. SERVIPERSONAL

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Petro | Flórez | Raúl Ernesto |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAS ○ No. 1067912580

SEXO: F ○ M ●

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ● NÚMERO 1067912580 D.M 13

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 06 MES 07 AÑO 1992

DEPTO Córdoba

MUNICIPIO Lorica

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Carrera 8 N 57-34 Apto 203 Edificio San Ventto

PAÍS Colombia DEPTO Córdoba

MUNICIPIO Montería

TELÉFONO 3137375290 EMAIL raulpetro396@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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X1 | MES 12 AÑO 2009 |

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Medicina | 12 | x | | Médico | 07 | 2016 | 1067912580 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingles | | X | | | X | | | X | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| EST SERVIPERSONAL | | x | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CORDOBA | MONTERIA | consorcioservitemporales@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3135381933 | DÍA 01 MES 06 AÑO 2025 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Médico | ESE Vidasinú | Cra 6 N62-50 local 208 Ed plaza castellana |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| E.S.T INTERACTIVOS LTDA | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Córdoba | Montería | estinteractivos@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3104162506 | DÍA 01 MES 02 AÑO 2025 | DÍA 31 MES 07 AÑO 2025 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Médico | ESE Vidasinú | Carrera 11 #35-45 Centro |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SU PERSONAL LTDA | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Córdoba | Montería | supersonalsascolombia@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7833057 | DÍA 01 MES 04 AÑO 2024 | DÍA 31 MES 01 AÑO 2025 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Médico | ESE Vidasinú | Carrera 6 N 62B-32 Oficina 604 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Agencia de servicios temporales TLC | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Córdoba | Montería | agencia.serviciostemporales@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7856866 | DÍA 01 MES 04 AÑO 2024 | DÍA 31 MES 01 AÑO 2025 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Médico | ESE Vidasinú | Cra 4 N28-00 Edif Florisan |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| TEMPLEAMOS S.A.S | | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CORDOBA | MONTERIA | templeamossas@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7856866 | DÍA 06 MES 02 AÑO 2023 | DÍA 31 MES 03 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Médico | ESE Vidasinú | Calle 49 N7-44 B/Villa del Rio |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| EST EFECTIVA LTDA | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Córdoba | Montería | efectivaest@outlook.es |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7830457 | DÍA 01 MES 02 AÑO 2022 | DÍA 31 MES 03 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Médico | ESE Vidasinú | Calle 48 N16B-04 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| E.S.T INTERACTIVOS LTDA | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Córdoba | Montería | estinteractivos@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3104162506 | DÍA 01 MES 05 AÑO 2021 | DÍA 31 MES 01 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Médico | ESE Vidasinú | Carrera 11 #35-45 Centro |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| MISION PERSONAL LTDA | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cordoba | Montería | thmisionpersonal@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3002507473 | DÍA 01 MES 04 AÑO 2020 | DÍA 30 MES 04 AÑO 2021 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Médico | ESE Vidasinú | Calle 30 #8-53 B/ Nariño |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SINTRASANT | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | Caucasia | sintrasant@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3124499989 | DÍA 19 MES 09 AÑO 2017 | DÍA 28 MES 03 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Médico | ESE Hospital Cesar Uribe P. | Calle 17 N 10-39 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Antioquia | Caucasia | hcupcaucasia@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7830457 | DÍA 01 MES 02 AÑO 2022 | DÍA 31 MES 03 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Médico | ESE HCUP | Calle 31 cra 18 B/ El palmar |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| EMPLEADO SECTOR PÚBLICO | | 12 |
| EMPLEADO SECTOR PRIVADO | | 104 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA | | 116 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ● ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

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

CEDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.067.912.580



Apellidos
PETRO FLOREZ

Nombres
RAUL ERNESTO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
06 JUL 1992

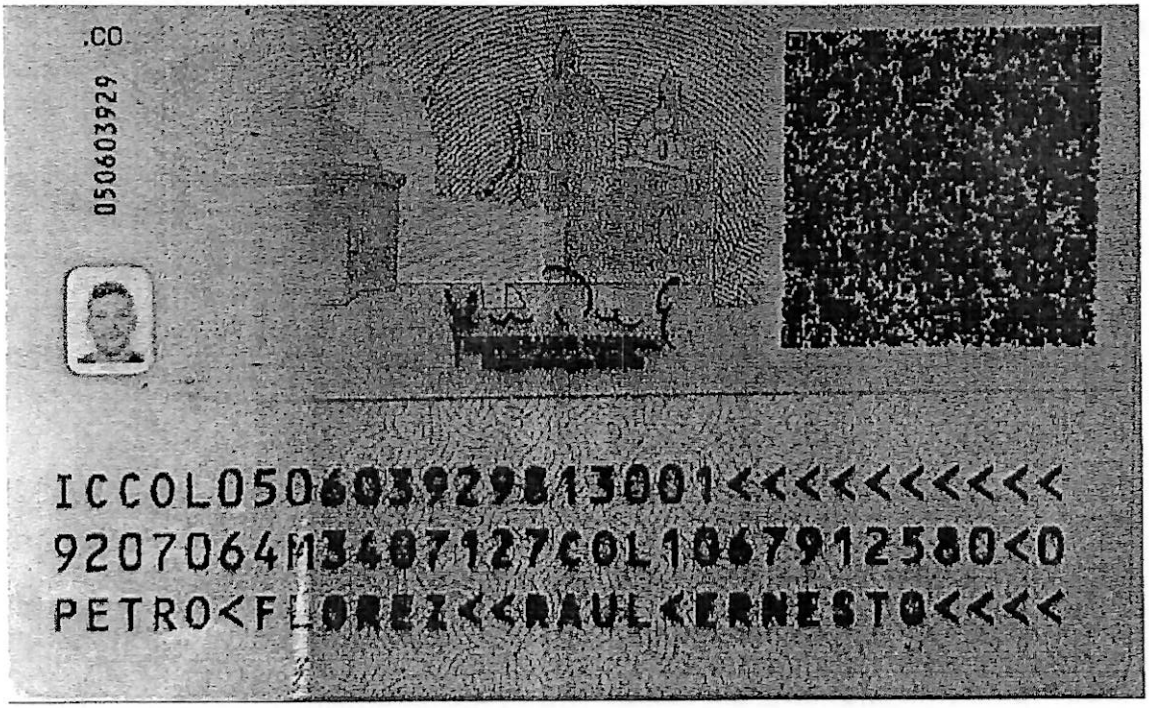
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LORICA (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición
08 JUL 2010, MONTERIA

Fecha de expiración
12 JUL 2034

Firma



PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 301024279

PIB
21:31:34


Bogotá DC, 11 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1067912580:

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 martes 11 de agosto de 2026, a las 21:32:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1067912580 |
| Código de Verificación | 1067912580260811213229 |

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 09:29:16 PM horas del 11/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1067912580**

Apellidos y Nombres: **PETRO FLOREZ RAUL ERNESTO**

**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, 11/08/2026 09:34:16 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1067912580** y Nombre: **RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ.**

## 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. **145595990** . 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

nueva eps

**CERTIFICA**

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

| | |
|---|---|
| **Datos del COTIZANTE** | |
| **CC 1067912580 RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ** | |
| Estado Cotizante: | **Vigente** |
| Causal: | |
| Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: | **186** |
| Fecha Afiliación: | **01/10/2016** |
| Fecha Último Periodo Cotizado: | |
| Fecha Cancelación: | |

La presente certificación se expide el día 15 de Agosto de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.912.580,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

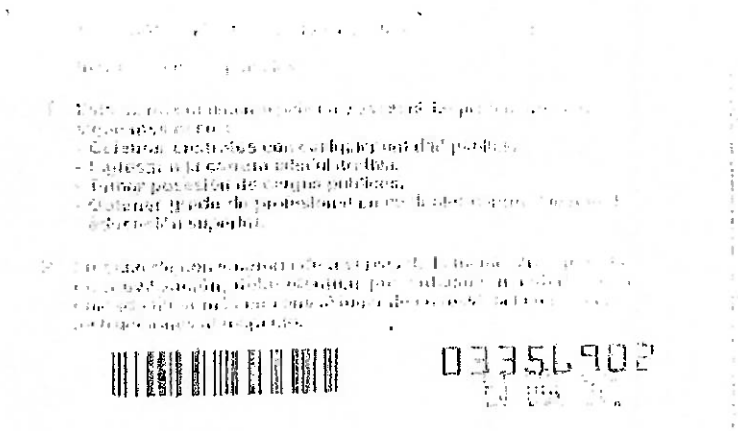
Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.




Escaneado con Cam






Firma

Firma representante Colegio Medico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y es expedida de conformidad con la Ley 1164 de 2007
y el Decreto 2193 de 2010. Si esta tarjeta se encontrare
favor devolverla al Colegio Medico Colombiano Cra. 10 C # 121-41 Of. 701

REPUBLICA DE COLOMBIA

11178

# UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

## Raúl Ernesto Petro Flórez

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.067.913.503 de Montería , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

## Medico

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE Montería
A LOS 21 DIAS DEL MES DE Julio DEL AÑO 2016

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm
Fundada en 1974

Facultad de
Ciencias de la Salud

ACTA DE GRADO NUMERO 0661- 003M

Resolución Rectoral No. 1788 de julio 15 de 2016

CONSIDERANDO QUE

# Raúl Ernesto Petro Flórez

C.C. No 1.067.912.580 Expedida en Montería – Córdoba

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los acuerdos y reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

# Medico

En nombre y representación de la Universidad del Sinú - Elías Bechara Zaimún-, y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Rector hizo entrega del Diploma No. 1178 registrado en el folio 178 del libro 4

En el testimonio de lo anterior se firma la presente acta de grado en la ciudad de Montería, a los veintiún días (21) del mes de julio de 2016.

Rectora | Secretario General | Decano

119592

**E.S.T INTERACTIVOS LTDA**, identificada con El Registro Único Tributario No. 901386066-0

# CERTIFICA

7. Realizar actividades de promoción y prevención en el área de trabajo, de acuerdo con las normas establecidas por el Ministerio de la Protección Social.
8. Velar por el cuidado de los equipos e instrumental.
9. Las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza de las funciones del cargo.

Se expide el presente documento, de acuerdo a Ley, a solicitud del empleado para acreditar experiencia en procesos contractuales Institucionalesy se firma con sello en Montería – Córdoba a ocho (08) dias del mes junio de dos mil veinticinco (2025)

Atentamente,

E.S.T. INTERACTIVOS LTDA.
NIT. 901 386 066-0

PAULA GHISAYS MARTINEZ
REPRESENTANTE LEGAL

Elaboró:
Dennis Araujo: Área de Contratación
Código: INTER-TH-0931

E.S.E. vidasinú

LA ESE VIDASINU ORTORGA CERTIFICADO DE CURSO

# ESTRATEGIA IAMI INTEGRAL

INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL A:

*Raúl Ernesto Petro Flórez*

**Quién concluyó de manera satisfactoria la capacitación desarrollada al equipo asistencial en los meses de Septiembre a Diciembre de 2024**

Liliana Yunez Luqueta
GERENTE

**LILIANA YUNEZ LUQUETA**
**GERENTE**

UNIVERSITY OF MIAMI
SCHOOL OF NURSING
& HEALTH STUDIES

# Certificado

OTORGADO A

# RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ

por haber finalizado satisfactoriamente el curso virtual

Enfermería y Seguridad del Paciente

febrero 13, 2021

Johis Ortega, PhD, ARNP, AGNP-BC, ENP-BC, FNP-BC, FAAN
Decano Asociado para Programas de Maestría e Iniciativas Globales
Director, Centro Colaborador de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Escuela de Enfermería y Estudios de la Salud de la Universidad de Miami

UNIVERSITY OF MIAMI • SCHOOL OF NURSING & HEALTH STUDIES •

Red Internacional de Enfermería y Seguridad del Paciente
RIENSEP

CERTIFICADO DE ASISTENCIA G0140008266 - 1067912580

# RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ

C.C. No. 1.067.912.580

## CURSO-TALLER

## PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Cumplió Satisfactoriamente los Requisitos Académicos, Legales y Reglamentarios del Curso Teorico – Práctico Realizado en el Mes de Febrero de 2024 con una intensidad de Cuarenta (40) Horas

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT 900.792.444-9 matricula mercantil 611199 respaldado por la FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIAN NIT: 860.007 406- podrá verificarlo a través del código de verificación.

LUIS FELIPE MENDOZA ARGUELLO
Representante Legal de GESCONS S.A.S

Dr. SERGIO ISAZA VILLA
Presidente Federación Medica Colombiana

Dado en Colombia el 11 de Febrero de 2024
https //www.federacionmedicacolombiana.com

Gescons

G0140008387 - 1067912580

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

# RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ

C.C. No. 1.067.912.580

CURSO-TALLER

## ESTRATEGIA EN ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

## AIEPI – CLINICO

Cumplio Satisfactoriamente los Requisitos Académicos, Legales y Reglamentarios Exigidos por la Ley 115 de 1994 y Decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capitulo 5 numeral 8 del Ministerio de Educación Nacional. Resolucion2003 del 2014 del Ministerio de Salud y Proteccion Social Instructor Facilitador: Dr. LUIS BARON CHAIN MEYER. Realizado en el Mes de Febrero de 2025, con una intensidad de Cincuenta y Seis (56) Horas

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT: 900.792.444-9 institución mercantil 611199 respaldado por la FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA NIT: 860.007.406-9 podrá verificarlo a través del código de verificación

LUIS FELIPE MENDOZA ARGUELLO
Representante Legal por GESCONS S.A.S

Dr. SERGIO ISAZA VILLA
Presidente Federación Médica Colombiana

Dado en Colombia el 13 de Febrero de 2025.

https://www.federacionmedicacolombiana.com

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *RAÚL ERNESTO PETRO FLÓREZ*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

21 de octubre de 2020

Horas: 20

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS

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

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=5f90bf65-7a34-44a1-8185-6c4aac1f1c2e

67e1dd5b-c9d4-41b7-baf7-1819ac1f0117

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Raúl Ernesto Petro Flórez*

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

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

1 de febrero de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67e1dd5b-c9d4-41b7-baf7-1819ac1f0117

Gescons

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
MIEMBRO DE LA ASOCIATION MEDICA MUNDIAL

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140010849 - 1067912580

## RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ

C.C No. 1.067.912.580

CURSO-TALLER

## GESTIÓN INTEGRAL DEL DUELO

Cumplió Satisfactoriamente los Requisitos Académicos, Legales y Reglamentarios del Curso Teorico – Practico. Realizado en el Mes de mayo de 2024 con una intensidad de cuarenta (40) Horas.

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT: 900.792.444-9 matricula mercantil 611199 curso realizado y respaldado por la FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA NIT: 860.007.406-9 podrá verificarlo a través del código de verificacion.

LUIS FELIPE MENDOZA ARGUELLO
Representante Legal de GESCONS S.A.S.

Dr. SERGIO ISAZA VILLA
Presidente Federacion Medica Colombiana

Dado en Colombia el 26 de mayo de 2024.
https://www.federacionmedicacolombiana.com

CENTRO DE ENTRENAMIENTO CONTINUO EN SALUD
NIT. 901415754-5

Confiere La Participación Del Curso

## GESTIÓN Y DETECCIÓN
### DEL CUIDADO DEL DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Con Una Intensidad De 120 Horas

A

*Raúl Ernesto Petro Flórez*

Identificado (a) con C.C 1.067.912.580 de Montería - Córdoba
Anotado en el libro de registro N° 01 Folio 030
Dado en Montería - Córdoba, el día 23 de Junio de 2024
Este certificado tiene una vigencia de (02) años a partir de su fecha de emisión

KEVIN MORALES CANO
Representante Legal
Centro De Entrenamiento Continuo En Salud
CENECSA

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140008219 - 1067912580

# RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ

C.C No. 1.067.912.580

CURSO-TALLER

## ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Cumplió Satisfactoriamente los Requisitos Académicos, Legales y Reglamentarios del Curso Teórico – Práctico. Realizado en el Mes de Febrero de 2024 con una intensidad de cuarenta (40) Horas

GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD NIT: 900.792.444-9 matrícula mercantil 6111199 curso realizado y respaldado por la FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA NIT 860 007 406-9 podrá verificarlo a través del código de verificación.

LUIS FELIPE MENDOZA ARGUELLO
Representante Legal de GESCONS S.A.S.

Dr. SERGIO ISAZA VILLA
Presidente Federación Médica Colombiana

Dado en Colombia el 12 de Febrero de 2024.
https://www.federacionmedicacolombiana.com

UNIVERSIDAD DEL SINÚ

*Transformar vidas y cristalizar sueños*
*Propósito Superior*

ACREDITACIÓN ALTA CALIDAD

# CERTIFICADO DE ASISTENCIA

## RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ

**C.C. 1067912580**

**CURSO – TALLER**

**SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO "BASIC LIFE SUPPORT" – "ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT" BLS – ACLS**

Cumplió Satisfactoriamente los Requisitos Académicos, Legales y Reglamentarios, Con Instructor A.H.A siguiendo los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020. Realizado en el Mes de Febrero de 2025 con una intensidad de Cuarenta y Ocho (48) Horas. Este certificado tiene una vigencia de Dos (2) años a partir de su expedición. Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum, ***NIT 891.000.692-1*** Montería, Córdoba.

**MARIA ISABEL MOSCOTE**
Instructora de Reanimación
Curso de Reanimación Básica y Avanzada
Sociedad de Anestesiólogos de Córdoba

**NOHRA DIAZ CORNEJO**
Medico Entrenamiento en UCI
jefe Dpto. de Ciencias Básicas
Universidad del Sinu-Montería

**ALVARO BUSTOS GONZALEZ**
Decano FCS
Universidad del Sinú- Montería

Dado en Montería ,26 de Febrero del 2025

66eb633d-8074-4d99-84d0-84f2ac1f5726

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Raúl Ernesto Petro Flórez*

ha participado y aprobado el

## Curso Virtual mhGAP Humanitario

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 12 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

18 de septiembre 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

mhGAP

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66eb633d-8074-4d99-84d0-84f2ac1f5726

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

# RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ

C.C. 1.087.918.730

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá, [illegible]

**Aura Isabel Mora**

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Efectiva
EST S.A.S

# EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS CERTIFICA

Que el señor (a) **RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ.,** identificado con cédula de ciudadanía **No. 1067912580,** laboro en misión para la **E.S.E VIDA SINU**, con contrato a término **Obra o Labor**, desde el **01 de febrero de 2022** hasta el **30 de agosto de 2022**, desde el **01 de septiembre de 2022** hasta el **30 de octubre de 2022**, desde el **01 de noviembre de 2022** hasta el **30 de noviembre de 2022**, desde el **01 de diciembre de 2022** hasta el **30 de diciembre de 2022**, desde el **01 de enero de 2023** hasta el **28 de febrero de 2023**, desde el **01 de marzo de 2023** hasta el **30 de abril de 2023**, desde el **01 de mayo de 2023** hasta el **30 de junio de 2023** desde el **01 de julio de 2023** hasta el **30 de julio de 2023**, desde el **01 de agosto de 2023** hasta el **30 de agosto de 2023**, desde el **01 de septiembre de 2023** hasta **30 de octubre de 2023**, desde el **01 de noviembre de 2023** hasta **30 de noviembre de 2023**, desde el **01 de diciembre de 2023** hasta el **30 de diciembre de 2023**, desde el **01 de enero de 2024** hasta el **29 de febrero de 2024**, desde el **01 de marzo de 2024** hasta el **30 de marzo de 2024** Desempeñando el cargo de **MEDICO.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado el 18 de abril de 2024 en la ciudad de MONTERÍA.

Cordialmente,

CARLOS CESAR NOVA BELLO
GERENTE

(4) 7830457
Calle 48#16b-04
efectivaest@outlook.es

Templeamos
S.A.S

A QUIEN INTERESE:

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE *TEMPLEAMOS S.A.S* CON NIT 900247385-6 TABATA GARCIA GUERRA, IDENTIFICADO CON LA CC No 1067845390 DE MONTERIA CORDOBA.

CERTIFICA

Que **RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ**, identificado con cedula de ciudadania **No. 1067912580,** Laboró en esta empresa prestando sus servicios como **MEDICO,** en la **ESE VIDA SINU,** con un salario básico de **DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE ($2.970.000)** con un contrato de obra o labor en misión.

- Desde el 06 de Febrero de 2023 hasta el 28 de Febrero de 2023
- Desde el 01 de Marzo de 2023 hasta el 30 de Abril de 2023
- Desde el 01 de Mayo de 2023 hasta el 30 de Junio de 2023.
- Desde el 01 de Julio de 2023 hasta el 31 de Julio de 2023.
- Desde el 01 de Agosto de 2023 hasta el 31 de Agosto de 2023
- Desde el 01 de Septiembre de 2023 hasta el 31 de Octubre de 2023.
- Desde el 01 de noviembre de 2023 hasta el 30 de Noviembre de 2023.
- Desde el 01 de Diciembre de 2023 hasta el 31 de Diciembre de 2023.
- Desde el 09 de Enero de 2024 hasta el 29 de Febrero de 2024.
- Desde el 01 de Marzo de 2024 hasta el 31 de Marzo de 2024.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado para prueba se firma en la ciudad de Montería a los 31 días del mes de Marzo de 2024.

Tabata Garcia G.

**TABATA GARCIA GUERRA**
**REPRESENTANTE LEGAL DE TEMPLEAMOS SAS**

**TEMPLEAMOS S.A.S.**
**Dirección:** Calle 49ª N° 7-44. / Barrio villa del rio Tel. (57) (4) 789 6347. Cel. 3127183097.
Montería - Córdoba - Colombia.
Email: templeamossas@gmail.com.

SU PERSONAL E.S.T Ltda.
oportunidades laborales

**SU PERSONAL E.S.T LTDA.**
**NIT 900.722.877-5**

**CERTIFICA**

Que **RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ** identificado(a) con C.C. **N.º 1067912580** laboró en esta institución, desde 01/04/2024 hasta 31/01/2025, desempeñándose **MEDICO,** en misión de la **E.S.E. VIDA SINU**, a través de un contrato de trabajo por **OBRA O LABOR CONTRATADA** devengando una remuneración de ($22.050) VEINTIDOS MIL CINCUENTA PESOS M/CTE. Por hora, teniendo en cuenta el número de horas laboradas por mes

La terminación del contrato se dio por finalización de obra o labor contratada.

Se expide a solicitud del interesado (a), a los (31) días del mes de Enero de 2025.

Atentamente,

**LUIS FERNANDO PAYARES AYALA**
**REPRESENTANTE LEGAL**
**SU PERSONAL E.S.T Ltda.**

TLC

"Gestionamos con Liderazgo y Calidad"

EL SUSCRITO **REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA AGENCIA DE SERVICIOS TEMPORALES TLC S.A.S EN USO DE SUS FACULTADES ESTATUTARIAS Y LEGALES;**

**CERTIFICA:**

Que el (la) Señor(a), **RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ**, colombiano(a) mayor de edad Portador(a) de la cédula de Ciudadanía Nº **1.067.912.580**, trabajo para esta empresa bajo la modalidad del contrato Obra Labor en el cargo **MEDICO DE 6 HORAS** como Trabajador(a) En Misión en la **ESE VIDA SINU,** en el siguiente periodo.

- Desde el 01/04/2024 hasta la fecha 30/01/2025.
- Devengando un salario de dos millones novecientos setenta mil pesos ($2.970.000).

Este certificado se expide a solicitud del (la) Interesado (a) en la Ciudad de Montería – Córdoba a los dieciocho (18) días del mes de febrero de Dos Mil Veinticinco (2025).

**ELIAS DAVID FLOREZ DIAZ**
**Representante Legal TLC S.A.S**

**E.S.T INTERACTIVOS LTDA**, identificada con El Registro Único Tributario No. 901386066-0

# CERTIFICA

Que: RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ, quien se identifica con cedula de ciudadanía número 1067912580 de Montería (Córdoba), laboró en esta empresa ejecutando los procesos y subprocesos del contrato suscrito entre E.S.T. INTERACTIVOS LTDA Y ESE VIDASINU. Con contrato por Obra o Labor, desempeñando el cargo como MEDICO ÁREA DE CONSULTA EXTERNA;

Periodo Laborado: Primero (1) de Febrero dos mil veinticinco (2025) Finalizó Contrato el Treinta y uno (31) de Mayo de dos mil veinticinco (2025)

Realizando las siguientes funciones:

1. Ejecutar labores profesionales en actividades de promoción, protección y de rehabilitación del paciente.
2. Practicar exámenes de medicina general, formular diagnóstico y prescribir el tratamiento que debe seguirse, aplicando los derechos del enfermo.
3. Prescribir y/o realizar procedimientos especiales para ayuda en el diagnóstico y/o en el manejo de los pacientes, según el caso.
4. Realizar ínter consulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando se requiera y de acuerdo a las normas del sistema de remisión de pacientes.
5. Participar en la elaboración y desarrollo de programas de promoción y prevención de salud a la comunidad.
6. Diligenciar en forma clara y oportuna las historias clínicas, epicrisis y los RIPS, que permitan agilizar los procesos de facturación y de toma de decisiones.

Validación de la certificación: Correo electrónico: thinteractivos@gmail.com
Teléfono: (057) 604-7833883
Dirección: Carrera 11 # 35 – 45 Oficina 202 Montería – Córdoba

**PEÑA ASESORES SALUD OCUPACIONAL SAS**
**Nit. 812001446-1 Cód. Habilitación: 2300101193**

**Dir.** Cra 14 (Avenida circunvalar) N° 16 – 28 Barrio Urbina, Montería - Córdoba
**Teléfono:** 6047867591 – 6047812535
**Cel.:** 3157331760 – 3157135367 – 3173650815 – 3173650805
**E-mail:** pasomonteria@gmail.com - paso_ltda@hotmail.com
www.pasoltda.com

# CONCEPTO DE APTITUD



Paciente: RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ — Identificación: CC 1067912580
Género: M Fecha de Nacimiento: 1992-07-06 Edad: 33 A — Teléfono: 3137375290
Dirección CARRERA 49A N 18A - 68 CASA 2 — Residencia: MONTERIA
Profesión: MEDICOS
Nivel Educativo: Postgrado Grado de Escolaridad: Completa Estado Civil: Soltero(a)
Empresa: EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES EST SERVIPERSONAL DE COLOMBIA SAS
**Empresa en misión:** EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES EST SERVIPERSONAL DE COLOMBIA SAS
Actividad económica:
Talla (mts): 1.74 Peso (kg): 93.0 IMC: 30,72 Grupo Sanguineo: O +

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00278161 Fecha apertura: 20250804 07:10:00
Fecha cierre: 20251006 14:13:26
Realizado en: Monteria-Cordoba

Cargo u Oficio: Medico

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 1843 de 2025, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA VIA AEREA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Inducción.
Asistir a controles medicos programados..

MANEJO POR EPS

Control de peso PP por EPS.
Valoración nutricionista.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de intensidad moderada diarios .
Realizar actividades recreativas y deportes.

INCLUIR EN PVE

Ingresar a los programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Control anual.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control anual.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: PUEDE LABORAR EN SU CARGO SIN RESTRICCIONES

Dr. Orlando Peña Dimare
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo
Licencia 0210/17

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: ORLANDO MANUEL PEÑA DIMARE
**Identificación:** CC 8721701
Especialidad: Medico especialista en S.O y medicina del Trabajo
Licencia S.O.: 0210/2017 Registro No.: 2776/1989

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1067912580

NOTA. El examinado certifica que no omitió ningun dato relevante sobre antecedentes que pueden influir en su estado de salud, que la información suministrada en este documento es cierta y se puede verificar.

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 *

1067912580

Primer Nombre

RAUL

Primer Apellido

PETRO

Confirme los números de la Imagen *

5 978

Cambiar

9976

Verificar Registro en RETHUS

Limpiar

**Resultado General -2025-06-09→8:39:08 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1067912580 | RAUL | ERNESTO | PETRO | FLOREZ | Vigente | V |

**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) RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ identificado(a) con CC 1067912580 registra La siguiente información:**

**2025-06-09→8:39:08 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2017-11-15 | 28123 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

**Datos SSO**

| Tipo | Tipo | Lugar Prestación | Fecha | Fecha | Modalidad |
|---|---|---|---|---|---|

# Carné Digital de Vacunación Colombia

## Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 00da772-8d9-4548-8d59-9c168007dd8

Nombres y apellidos / Full name: RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1067912580

Fecha de nacimiento / Date of birth: 06/07/1992

País nacimiento / County of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3137375290

Correo electrónico / e-mail: raulpetro39@gmail.com

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | Única | 9 | 10 | 2013 | | J53741 | MONTERIA ESE VIDASINU | |
| TD Adulto | Primera | 9 | 10 | 2013 | | 024L1009E | MONTERIA ESE VIDASINU | |
| TD Adulto | Segunda | 26 | 2 | 2014 | | 024L1015C | MONTERIA ESE VIDASINU | |
| TD Adulto | Tercera | 26 | 3 | 2015 | | 024B2011D | MONTERIA MEDICINA INTEGRAL SED | |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 26 | 10 | 2016 | | N3B851V | CAUCASIA ESE H. Cesar Uribe Pl | |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 6 | 5 | 2020 | | V50220006 | MONTERIA ESE VIDASINU | Olga Patricia Lopez Segura |
| Meningococo Tetravalente ACWY Particular | Primera | 15 | 2 | 2021 | | U6784AD | MONTERIA CRUZ ROJA COLOMBIANA | Mary Luz Garcia Velasquez |
| COVID PFIZER | Primera | 8 | 3 | 2021 | PFIZER | EN1195 | MONTERIA ESE VIDASINU | Oneida Gutierrez Muñeton |
| COVID PFIZER | Segunda | 29 | 3 | 2021 | PFIZER | ER1742 | MONTERIA ESE VIDASINU | DIANA TEMILDA VILLEGAS ALVAREZ |
| Influenza Adultos Particular | Anual | 16 | 7 | 2021 | | UJ626AB | MONTERIA CRUZ ROJA COLOMBIANA | Aurides del Carmen Lopez Ricardo |
| COVID MODERNA | Primer Refuerzo | 30 | 11 | 2021 | | 040875 | MONTERIA ESE VIDASINU | MARÍA ISABEL GUZMÁN RODRIGUEZ |
| DPT ACELULAR ADULTO | Anual | 31 | 8 | 2024 | Sanofi Pasteur | C5926AB | MONTERIA ESE VIDASINU | LOLY LUZ BARRIOS MAGALLANES |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 31 | 8 | 2024 | Green Cross | V505Z4001 | MONTERIA ESE VIDASINU | LOLY LUZ BARRIOS MAGALLANES |
| COVID PFIZER JN1 | Adicional | 27 | 2 | 2025 | PFIZER | LN8430 | MONTERIA ESE VIDASINU | MANUELA SUSANA PEÑA PACHECO - CC50937935 - Activo |

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

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

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

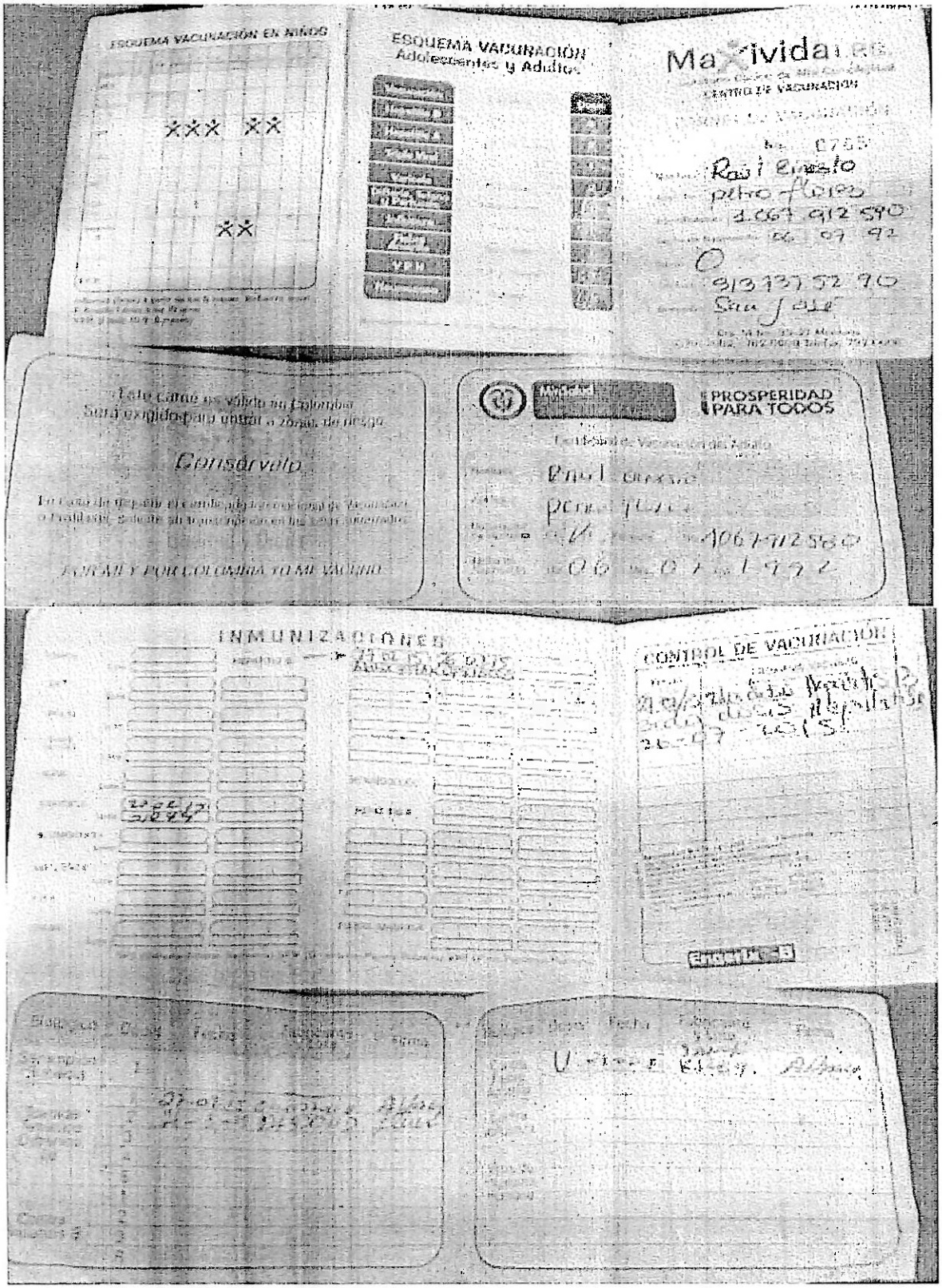
El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

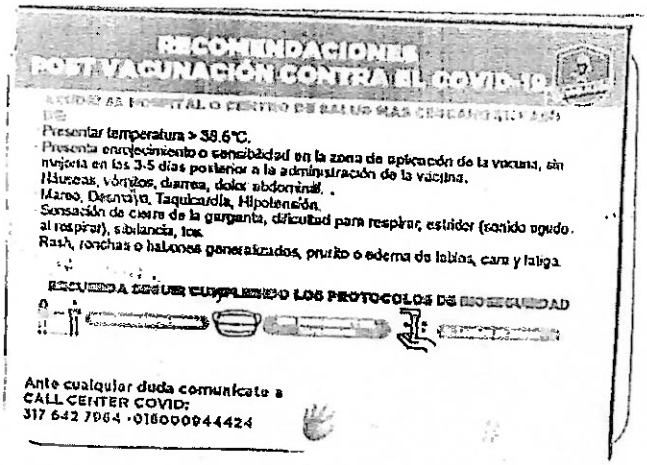
The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

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

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

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


ESQUEMA VACUNACIÓN EN NIÑOS
ESQUEMA VACUNACIÓN
Adolescentes y Adultos
Ma vida
CENTRO DE VACUNACIÓN
Raul Ernesto
1.067 912 590
Todo Cartón es válido en Colombia
Consérvalo
¡VACÚNATE Y POR COLOMBIA YO ME VACUNO!
PROSPERIDAD
PARA TODOS
INMUNIZACIONES
CONTROL DE VACUNACIÓN



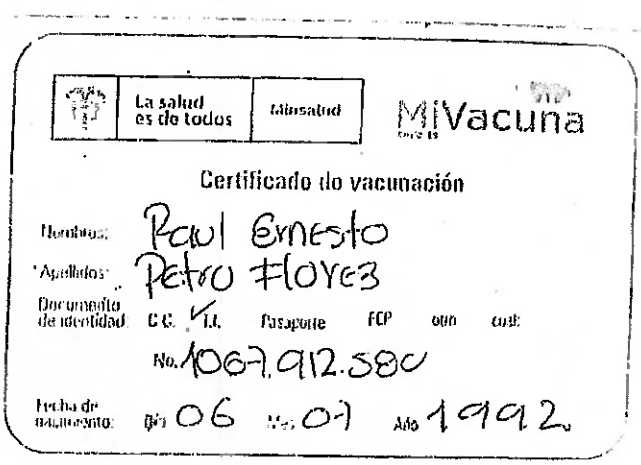
**RECOMENDACIONES POST VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19**

ACUDA AL HOSPITAL O CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO SI USTED

- Presentar temperatura > 38.6°C.
- Presenta enrojecimiento o sensibilidad en la zona de aplicación de la vacuna, sin mejoría en los 3-5 días posterior a la administración de la vacuna.
- Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal.
- Mareo, Desmayo, Taquicardia, Hipotensión.
- Sensación de cierre de la garganta, dificultad para respirar, estridor (sonido agudo al respirar), sibilancia, tos.
- Rash, ronchas o habones generalizados, prurito o edema de labios, cara y lengua.

RECUERDA SEGUIR CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

Ante cualquier duda comunícate a
CALL CENTER COVID:
317 642 7964 - 018000944424



La salud es de todos | Minsalud | MiVacuna

**Certificado de vacunación**

Nombres: Raul Ernesto
Apellidos: Petro Flores
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cual:
No. 1067.912.580
Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 07 Año 1992

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 08-08-21 | Pfizer | EW1195 | Fes. Vida Sin | Oneida Gutierrez | 36212127. |
| | 2 | 27/03/2021 | Pfizer | EA1342 | H. Lubleno | Diana Mejia | 50913410 |
| | | 30-11-21 | Moderna | 940815 | Vida Sin | Maria Guzman | 1062605400 |

LABORATORIO CLINICO SERVILAB DEL CARIBE
NIT 901093730-5
Tel: ( 4) 789-07-43
Cra 11 # 27-62
Monteria Cordoba

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Impreso | 17 feb. 2021 05:00:21 pm | RESULTADOS | | | | Software Baxlab v20170721 |
| Sede | LABORATORIO SERVILAB DEL CARIBE | | | | | Página 1 de 1 |
| Paciente | PETRO FLOREZ RAUL ERNESTO | | Sexo M | Edad 28A 7M 9D | Nro. De Recepción | 19174 |
| Identif. | CC 1067912580 | Teléfono 3137375290 | | Fecha De Recepción | 15 feb. 2021 09:01:59 am | |
| Entidad | PARTICULAR | | SubEntidad | SIN SUBENTIDAD | | |
| Sala | CONSULTA EXTERNA | Cama | Médico | ASIGNADO NO . | | |

| | Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|---|

INMUNOLOGIA

1. Anticuerpos Anti Varicela IgG 3799 mUI/ml

Técnica: Quimioluminiscencia

Valores de referencia

Negativo: < 150 mUI/ml
Positivo: > 150 mUI/ml

Nota: examen procesado en el laboratorio clínico instituto de referencia andino s.a.s.

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 17 feb. 2021 04:59 pm

PRUEBAS ESPECIALES

2. HEPATITIS B AC CONTRA AG DE SUPERFICIE

Hepatitis B: Ac. Contra Ag de Superficie. 60 mUI/ml

Interpretación:
Valores inferiores a 30 mUI/L indican inmunidad deficiente.
Valores iguales o superiores a 30 mUI/L indican PRESENCIA de inmunidad contra el virus de la hepatitis B.

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 30 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 31 mUI/ml

Reportado Por: LUIS MIGUEL SEGURA CALAO Fecha Reporte 15 feb. 2021 01:13 pm

Luis Segura Calao
BACTERIOLOGO
T.P. 37457
UNIVERSIDAD DE CORDOBA

LUIS MIGUEL SEGURA CALAO
BACTERIOLOGO
UNIVERSIDAD DE CORDOBA

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS<br><br>FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES | F4 P5 ABS<br><br>Versión 1 | 14/11/2019<br><br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|---|

El(la) suscrito(a) Raúl Ernesto Petro Flores identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 1067912580 expedida en Montería, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Montería, el día Dos (2) de Septiembre de 2026.

Firma
Nombre Raúl Ernesto Petro Flores
Cédula 1067912580

**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

CERTIFICACIÓN DE NO HALLARSE INCURSO EN CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Montería, 02 de septiembre de 2026

Señores
E.S.E. VIDASINÚ
Sede Administrativa
Calle 22B No. 4W-33 barrio El Amparo
Montería

Respetados señores:

Yo RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ identificada con CC 1067912580 de Montería de acuerdo con invitación para presentación de oferta, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la Constitución y el artículo 8 y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

2. Manifiesto no hallarme incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad, ni en ninguno de los eventos de prohibición especial para contratar, ni tampoco la persona jurídica que represento.

Atentamente,

RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ
CC 1067912580 de Montería

**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 1067912580 **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 07/08/2025 10:13 PM

Código Verificación: **GW1VMD2KL7**

Válida hasta: **06/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| CIUDAD DE EXPEDICION | SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|---|
| MONTERIA | AGENCIA MONTERIA | ANEXO DE RENOVACION | 53-03-101004367 | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| ASEGURADO | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | | SI | |

| 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) |
| 05 / 03 / 2026 | 03 / 03 / 2026 | 03 / 03 / 2027 | 03 / 03 / 2026 | 03 / 03 / 2027 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| YINA LUZ ORTIZ PACHECO | 200066 | 100.00 |

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

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|---|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | | $ 1,000,000,000.00 | | |
| | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | $ 1,000,000,000.00 | | |
| | GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD | | | $ 100,000,000.00 |

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | $ *****1,000,000,000.00 | PRIMA: | $ **********381,395.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | $ **********72,465.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ **********453,860.00 |

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 28 NO.2 - 17, TELÉFONO 7813230 - MONTERIA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.00000000E.RC.001A. C001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)110158021313322(3900)000000453860(96)20260417

REFERENCIA PAGO: 1101580213132-2

53-03-101004367

FIRMA AUTORIZADA

JOSEOBANDO

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MONTERIA | ANEXO DE RENOVACION | 53-03-101004367 | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| ASEGURADO | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | | SI | |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ C.C: 1.067.912.580
ASEGURADO: RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ C.C: 1.067.912.580
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
UBICACION CONSULTORIO: NO TIENE CONSULTORIO
VIGENCIA: 03/03/2026 AL 03/03/2027
SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN LA INFORMACION SUMINISTRADA
BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA: (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL
CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- DG0I
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01
PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: MEDICINA GENERAL
LIMITE ASEGURADO: $1,000.000.000
LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.
PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: 453.860
COBERTURAS:
1.AMPARO BASICO
1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:
SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

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

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

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

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

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

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

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

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


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

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MONTERIA | ANEXO DE RENOVACION | 53-03-101004367 | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| ASEGURADO | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | | SI | |

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.
2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

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

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

PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE NO INFERIOR A:
$100.000.000

PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
COBERTURA SUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.
AMPARO BASICO $1.000.000.000
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: $1.000.000.000
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: $1.000.000.000
GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:
EVENTO $15.000.000
VIGENCIA $100.000.000
DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA 10%
DEMAS AMPAROS 10% - MIN 1 SMMLV

EXCLUSIONES
BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS, DAÑOS Y/O PERJUICIOS CONSISTENTES EN, ORIGINADOS POR, CONSECUENCIA DE, O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1.RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2 AÑOS) DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2.DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

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

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

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

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


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

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MONTERIA | ANEXO DE RENOVACION | 53-03-101004367 | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| ASEGURADO | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | | SI | |

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.

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

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

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

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN
17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS; O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHOS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.



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

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MONTERIA | ANEXO DE RENOVACION | 53-03-101004367 | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| ASEGURADO | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | | SI | |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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



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

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MONTERIA | ANEXO DE RENOVACION | 53-03-101004367 | 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| ASEGURADO | RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ | | | CC | 1.067.912.580 |
| DIRECCION | CL 52 NRO. 14 D - 28 | CIUDAD | MONTERIA, CORDOBA | TELEFONO | 3137375290 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY | | | SI | |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

64.SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.
65.EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

1.EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:
A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.
PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

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

CLAUSULA NO ACUNULACION 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

Montería, 18 de septiembre de 2025.

Señores:

**Sindicato de trabajadores de la salud de Colombia "Sintrasalco"**
**Ministerio del Trabajo DT Córdoba**
E. S. D.

**Asunto:** Renuncia irrevocable a la afiliación para la conformación de la Organización Sindical sintrasalco.

Yo, RAUL ERNESTO PETRO FLOREZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1067912580 de Monteria, médico de profesión, renuncio de manera irrevocable a la afiliación para la conformación de la organización sindical de primer grado Sindicato de trabajadores de la salud de Colombia. Dado a que al momento de conformación y afiliación no se brindó una adecuada asesoría en cuanto a los propósitos del mismo, ya que se ve afectado mi compromiso laboral y principios éticos.

Esto lo hago de manera libre y voluntaria.

Solicito de manera respetuosa al Ministerio del Trabajo Dirección Territorial Córdoba, llevar a cabo las gestiones administrativas necesarias para formalizar mi retiro, no realizar el depósito correspondiente para esta organización sindical u otras obligaciones derivadas de la afiliación.

Atentamente,

C.C. NO. 1067912580
de Montería