

**RECURSO CONTRA EL AUTO QUE NEGÓ LOS LLAMADOS EN GARANTIA // RADICADO  
2021 - 00187 - 00**

Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com>

Lun 29/11/2021 13:02

Para: Juzgado 10 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j10cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>; drcobo2009@hotmail.com <drcobo2009@hotmail.com>; gomar98@hotmail.com <gomar98@hotmail.com>; jama347@hotmail.com <jama347@hotmail.com>; jacobopadilla84@hotmail.com <jacobopadilla84@hotmail.com>; jhon\_pcasado@hotmail.com <jhon\_pcasado@hotmail.com>; oj.sanjuan@gmail.com <oj.sanjuan@gmail.com>; julivergara5@hotmail.com <julivergara5@hotmail.com>; margenlegal.v@gmail.com <margenlegal.v@gmail.com>

CC: Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com>; analista.juridico@clinicacolombias.com <analista.juridico@clinicacolombias.com>

Santiago de Cali, 29 de noviembre de 2021

**SEÑOR.**

**JUEZ 10 CIVIL DEL CIRCUITO**

**E.**

**S.**

**D.**

**REFERENCIA: RECURSO DE REPOSICIÓN**

**RADICADO: 76001 – 3103 – 010 – 2021 – 00187 - 00**

**JORGE URIEL RUEDA ROMERO**, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No 208777 del C.S de la J, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.292.913, actuando en calidad de apoderado de **FABISALUD S.A.S**, y encontrándome en término, de manera respetuosa me permito presentar recurso de **REPOSICIÓN Y EN SUBSIDIO APELACIÓN** contra el numeral **sexto** auto emitido por su despacho el pasado 23 de noviembre de 2021 el cual fue notificado por estados el pasado 24 de noviembre de 2021.

**PRUEBAS**

**PRUEBAS**

1. Copia del pantallazo del correo enviado al despacho el pasado 28 de septiembre de 2021, el cual se adjunta por primera vez los contratos de prestación de servicios de los llamados en garantía
2. Copia del pantallazo del correo enviado al despacho el pasado 08 de noviembre de 2021 el cual se adjunta por segunda vez los contratos de prestación de servicios de los llamados en garantía
3. Se adjunta por tercera vez, copia de los contratos de los médicos Juan Jacobo Pinilla, Dennis Edmon Cobo Oliveros, Jhon Jairo Pérez, Jorge Alberto Muñoz Acosta y Oscar Javier San Juan Palacio.

**ATTE**

**JORGE URIEL RUEDA ROMERO**

ABOGADO FABISALUD IPS SAS

TEL 317 767 2241

[jorgeurielabogados@gmail.com](mailto:jorgeurielabogados@gmail.com)

CONTRATO DR.JORGE ALBERTO MUÑOZ(Medico Inter...

CONTRATO DR.JUAN JACOPO PADILLA (Medico Interni...

CONTRATO DR.OSCAR SAN JUAN PALACIO(Medico Ort...

CONTRATOS DR.DENNIS EDMOND COBO(Medico Ortop...

CONTRATOS DR.JHON JAIRO PEREZ (Medico Ortopedis...

CONTRATOS DR.JUAN JACOBO PADILLA (Medico Inter...

**Re: RECURSO CONTRA EL AUTO QUE NEGÓ LOS LLAMADOS EN GARANTIA //**  
**RADICADO 2021 - 00187 - 00**

Jorge Uriel Rueda Romero &lt;jorgeurielabogados@gmail.com&gt;

Lun 29/11/2021 13:08

Para: Juzgado 10 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j10cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>; drcobo2009@hotmail.com <drcobo2009@hotmail.com>; gomar98@hotmail.com <gomar98@hotmail.com>; jama347@hotmail.com <jama347@hotmail.com>; jacobopadilla84@hotmail.com <jacobopadilla84@hotmail.com>; jhon\_pcasado@hotmail.com <jhon\_pcasado@hotmail.com>; oj.sanjuan@gmail.com <oj.sanjuan@gmail.com>; julivergara5@hotmail.com <julivergara5@hotmail.com>; margenlegal.v@gmail.com <margenlegal.v@gmail.com>

CC: analista.juridico@clinicacolombias.com &lt;analista.juridico@clinicacolombias.com&gt;

Envío correo No 1. que contiene contratos de prestación de servicios médicos de los doctores que allí se relacionan, lo anterior para dar alcance al correo anterior donde se presentó el recurso contra el auto que negó los llamados en garantía se proceso 2021 - 00187- 00

Se envían descomprimidos.

El lun, 29 de nov. de 2021 a la(s) 13:02, Jorge Uriel Rueda Romero ([jorgeurielabogados@gmail.com](mailto:jorgeurielabogados@gmail.com)) escribió:

Santiago de Cali, 29 de noviembre de 2021

**SEÑOR.****JUEZ 10 CIVIL DEL CIRCUITO****E.****S.****D.****REFERENCIA: RECURSO DE REPOSICIÓN****RADICADO: 76001 – 3103 – 010 – 2021 – 00187 - 00**

**JORGE URIEL RUEDA ROMERO**, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No 208777 del C.S de la J, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.292.913, actuando en calidad de apoderado de **FABISALUD S.A.S**, y encontrándome en término, de manera respetuosa me permito presentar recurso de **REPOSICIÓN Y EN SUBSIDIO APELACIÓN** contra el numeral **sexto** auto emitido por su despacho el pasado 23 de noviembre de 2021 el cual fue notificado por estados el pasado 24 de noviembre de 2021.

**PRUEBAS****PRUEBAS**

1. Copia del pantallazo del correo enviado al despacho el pasado 28 de septiembre de 2021, el cual se adjunta por primera vez los contratos de prestación de servicios de los llamados en garantía
2. Copia del pantallazo del correo enviado al despacho el pasado 08 de noviembre de 2021 el cual se adjunta por segunda vez los contratos de prestación de servicios de los llamados en garantía
3. Se adjunta por tercera vez, copia de los contratos de los médicos Juan Jacobo Pinilla, Dennis Edmon Cobo Oliveros, Jhon Jairo Pérez, Jorge Alberto Muñoz Acosta y

Oscar Javier San Juan Palacio.

ATTE

JORGE URIEL RUEDA ROMERO  
ABOGADO FABISALUD IPS SAS  
TEL 317 767 2241  
[jorgeurielabogados@gmail.com](mailto:jorgeurielabogados@gmail.com)

**CONTRATO DR.JORGE ALBERTO MUÑOZ(Medico Inter...**

**CONTRATO DR.JUAN JACOPO PADILLA (Medico Interni...**

**CONTRATO DR.OSCAR SAN JUAN PALACIO(Medico Ort...**

**CONTRATOS DR.DENNIS EDMOND COBO(Medico Ortop...**

**CONTRATOS DR.JHON JAIRO PEREZ (Medico Ortopedis...**

**CONTRATOS DR.JUAN JACOBO PADILLA (Medico Inter...**





Oscar Javier San Juan Palacio.

ATTE

JORGE URIEL RUEDA ROMERO  
ABOGADO FABISALUD IPS SAS  
TEL 317 767 2241  
[jorgeurielabogados@gmail.com](mailto:jorgeurielabogados@gmail.com)

**CONTRATO DR.JORGE ALBERTO MUÑOZ(Medico Inter...**

**CONTRATO DR.JUAN JACOPO PADILLA (Medico Interni...**

**CONTRATO DR.OSCAR SAN JUAN PALACIO(Medico Ort...**

**CONTRATOS DR.DENNIS EDMOND COBO(Medico Ortop...**

**CONTRATOS DR.JHON JAIRO PEREZ (Medico Ortopedis...**

**CONTRATOS DR.JUAN JACOBO PADILLA (Medico Inter...**

**Re: RECURSO CONTRA EL AUTO QUE NEGÓ LOS LLAMADOS EN GARANTIA //  
RADICADO 2021 - 00187 - 00**

Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com>

Lun 29/11/2021 13:20

Para: Juzgado 10 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j10cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>; drcobo2009@hotmail.com <drcobo2009@hotmail.com>; gomar98@hotmail.com <gomar98@hotmail.com>; jama347@hotmail.com <jama347@hotmail.com>; jacobopadilla84@hotmail.com <jacobopadilla84@hotmail.com>; jhon\_pcasado@hotmail.com <jhon\_pcasado@hotmail.com>; oj.sanjuan@gmail.com <oj.sanjuan@gmail.com>; julivergara5@hotmail.com <julivergara5@hotmail.com>; margenlegal.v@gmail.com <margenlegal.v@gmail.com>

CC: analista.juridico@clinicacolombias.com <analista.juridico@clinicacolombias.com>; Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com>

Envio correo No 2. que contiene contratos de prestación de servicios médicos de los doctores que allí se relacionan, lo anterior para dar alcance al correo anterior donde se presentó el recurso contra el auto que negó los llamados en garantía se proceso 2021 - 00187- 00

El lun, 29 de nov. de 2021 a la(s) 13:02, Jorge Uriel Rueda Romero ([jorgeurielabogados@gmail.com](mailto:jorgeurielabogados@gmail.com)) escribió:

Santiago de Cali, 29 de noviembre de 2021

**SEÑOR.**

**JUEZ 10 CIVIL DEL CIRCUITO**

**E.**

**S.**

**D.**

**REFERENCIA:**

**RECURSO DE REPOSICIÓN**

**RADICADO:**

**76001 – 3103 – 010 – 2021 – 00187 - 00**

**JORGE URIEL RUEDA ROMERO**, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No 208777 del C.S de la J, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.292.913, actuando en calidad de apoderado de **FABISALUD S.A.S**, y encontrándome en término, de manera respetuosa me permito presentar recurso de **REPOSICIÓN Y EN SUBSIDIO APELACIÓN** contra el numeral **sexto** auto emitido por su despacho el pasado 23 de noviembre de 2021 el cual fue notificado por estados el pasado 24 de noviembre de 2021.

**PRUEBAS**

**PRUEBAS**

1. Copia del pantallazo del correo enviado al despacho el pasado 28 de septiembre de 2021, el cual se adjunta por primera vez los contratos de prestación de servicios de los llamados en garantía
2. Copia del pantallazo del correo enviado al despacho el pasado 08 de noviembre de 2021 el cual se adjunta por segunda vez los contratos de prestación de servicios de los llamados en garantía
3. Se adjunta por tercera vez, copia de los contratos de los médicos Juan Jacobo Pinilla, Dennis Edmon Cobo Oliveros, Jhon Jairo Pérez, Jorge Alberto Muñoz Acosta y Oscar Javier San Juan Palacio.

ATTE

JORGE URIEL RUEDA ROMERO  
ABOGADO FABISALUD IPS SAS  
TEL 317 767 2241  
[jorgeurielabogados@gmail.com](mailto:jorgeurielabogados@gmail.com)

**CONTRATO DR.JORGE ALBERTO MUÑOZ(Medico Inter...**

**CONTRATO DR.JUAN JACOPO PADILLA (Medico Interni...**

**CONTRATO DR.OSCAR SAN JUAN PALACIO(Medico Ort...**

**CONTRATOS DR.DENNIS EDMOND COBO(Medico Ortop...**

**CONTRATOS DR.JHON JAIRO PEREZ (Medico Ortopedis...**

**CONTRATOS DR.JUAN JACOBO PADILLA (Medico Inter...**

Santiago de Cali, 29 de noviembre de 2021

SEÑOR.

JUEZ 10 CIVIL DEL CIRCUITO

E.

S.

D.

REFERENCIA: RECURSO DE REPOSICIÓN

RADICADO: 76001 – 3103 – 010 – 2021 – 00187 - 00

**JORGE URIEL RUEDA ROMERO**, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No 208777 del C.S de la J, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.292.913, actuando en calidad de apoderado de **FABISALUD S.A.S**, y encontrándome en término, de manera respetuosa me permito presentar recurso de **REPOSICIÓN Y EN SUBSIDIO APELACION** contra el numeral **sexto** auto emitido por su despacho el pasado 23 de noviembre de 2021 el cual fue notificado por estados el pasado 24 de noviembre de 2021

En este auto manifiesta el despacho que en su numeral sexto lo siguiente **“RECHAZAR el llamado en garantía realizado por FABISALUD IPS S.A.S a los doctores Juan Jacobo Pinilla, Dennis Edmon Cobo Oliveros, Jhon Jairo Pérez, Jorge Alberto Muñoz Acosta y Oscar Javier San Juan Palacio, por no haber aportado los contratos de prestación de servicios solicitados en la providencia del 28 de octubre de 2021.”**

### SUSTENTACIÓN DEL RECURSO

De manera respetuosa me permito presentar mis reparos contra el numeral SEXTO del citado auto en los siguientes términos:

**PRIMERO**; El despacho en el auto recurrido dispuso **“RECHAZAR el llamado en garantía realizado por FABISALUD IPS S.A.S a los doctores Juan Jacobo Pinilla, Dennis Edmon Cobo Oliveros, Jhon Jairo Pérez, Jorge Alberto Muñoz Acosta y Oscar Javier San Juan Palacio, por no haber aportado los contratos de prestación de servicios solicitados en la providencia del 28 de octubre de 2021.”**

**SEGUNDO**: Sin embargo, me permito manifestar al despacho que, estos contratos de prestación de servicios de todos los médicos llamados en garantía, fueron aportados en dos oportunidades al despacho, de la siguiente manera:

1. En correo enviado al juzgado el pasado 28 de septiembre de 2021 a las 10 : 49 am, cuando se solicitó por primera vez el llamado en garantía, aportó pantallazo del mismo, donde se observa que, adjunto al correo va un archivo nombrado **( LLAMADO EN GARANTIA ( MEDICOS) . zip**, archivo que se envió comprimido dado el peso el mismo, y que contenía TODOS los contratos de prestación de servicios firmados con de los médicos llamado en garantía, de igual manera en el numeral 7 del mencionado correo se menciona “ copia de los contratos de prestación de servicios firmados con los llamados en garantía” así:

- Ver página siguiente:

PANTALLAZO DEL CORREO ENVIADO AL JUZGADO  
EL PASADO 28 DE SEPTIEMBRE DE 2020



Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com>

LLAMADO EN GARANTIA // MEDICOS QUE ATENDIERON AL SEÑOR TOBIAS  
BRAND // RADICADO 76001 - 3103 - 010 - 2021 - 00187 - 00 // NELLY DE JESU  
AGREDO Vs FABISALUD

Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com> 28 de septiembre de 2021, 10:49  
Para: j10cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co  
CCO: Liza Castillo <liza.castillo@gmail.com>, Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com>, analista.juridico@clinicacolombias.com

LLAMADO EN GARANTIA ( MEDICOS ).zip

SEÑOR  
JUEZ DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI.  
E S D.

Proceso No. 2021 – 00187-00.

- 2 En correo enviado al juzgado el pasado 08 de noviembre de 2021, a las 12 : 08 m, apor to pantallazo del mismo, correo que contenía la subsanación solicitada por el despacho en auto del 28 de octubre de 2021, donde se observa que, adjunto al correo se aportan seis (6) archivos que corresponden a los contratos de prestación de servicios de cada uno de los médicos que hoy se niega el llamado

PANTALLAZO DEL CORREO ENVIADO AL JUZGADO  
EL PASADO 8 DE NOVIEMBRE DE 2020

SUBSANACION DE LLAMADO EN GARANTIA MEDICOS QUE ATENDIERON AL  
SEÑOR TOBIAS BRAND //RADICADO 76001 - 3103 - 010 - 2021 - 00187 - 00 // NELLY  
DE JESUS AGREDO Vs FABILSALUD

Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com> 8 de noviembre de 2021, 12:08  
Para: j10cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co, drcobo2009@hotmail.com, gomar98@hotmail.com, jama347@hotmail.com, jacobopadilla84@hotmail.com, jhon\_pcasado@hotmail.com, oj.sanjuan@gmail.com, julivergara5@hotmail.com, margenlegal.v@gmail.com  
CCO: analista.juridico@clinicacolombias.com, Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com>

SEÑOR  
JUEZ DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI.  
E S D.

Proceso No. 2021 – 00187-00.

ASUNTO: Solicitud Llamamiento en Garantía. (( SUBSANACIÓN ))

10. Certificación de la dirección de Talento Humano de FABISALUD IPS SAS, donde mencionan los correos de los médicos llamados en garantía.

11. Auto que Inadmite llamado en garantía

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| CONTRATO DR.JORGE ALBERTO MUÑOZ(Medico Int...   |
| CONTRATO DR.JUAN JACOPO PADILLA (Medico Inte... |
| CONTRATO DR.OSCAR SAN JUAN PALACIO(Medico ...   |
| CONTRATOS DR.DENNIS EDMOND COBO(Medico Ort...   |
| CONTRATOS DR.JHON JAIRO PEREZ (Medico Ortope... |
| CONTRATOS DR.JUAN JACOBO PADILLA (Medico Int... |

**TERCERO:** Así las cosas es claro que, el suscrito en por lo menos dos oportunidades envió la juzgado los contratos de prestación de servicios de los médicos llamados en garantía, lo que sucedió fue que, por el peso de los mismos fueron enviados adjuntos por la nube.

Así las cosas, es claro que para el caso de marras, el suscrito cumplió por lo menos en dos oportunidades con el envío de los contratos de prestación de servicios de los médicos Juan Jacobo Pinilla, Dennis Edmon Cobo Oliveros, Jhon Jairo Pérez, Jorge Alberto Muñoz Acosta y Oscar Javier San Juan Palacio.

## PRUEBAS

1. Copia del pantallazo del correo enviado al despacho el pasado 28 de septiembre de 2021, el cual se adjunta por primera vez los contratos de prestación de servicios de los llamados en garantía
2. Copia del pantallazo del correo enviado al despacho el pasado 08 de noviembre de 2021 el cual se adjunta por segunda vez los contratos de prestación de servicios de los llamados en garantía
3. Se adjunta por tercera vez, copia de los contratos de los médicos Juan Jacobo Pinilla, Dennis Edmon Cobo Oliveros, Jhon Jairo Pérez, Jorge Alberto Muñoz Acosta y Oscar Javier San Juan Palacio.

Por lo anterior me permito solicitar al despacho lo siguiente:

## PETICIÓN PRINCIPAL

Se revoque el numeral **SEXTO** el citado auto y se admita el llamado en garantía de los médicos Juan Jacobo Pinilla, Dennis Edmon Cobo Oliveros, Jhon Jairo Pérez, Jorge Alberto Muñoz Acosta y Oscar Javier San Juan Palacio y se ordene su notificación.

Del señor Juez,



JORGÉ URIELL RUEDA ROMERO  
ABOGADO CLINICA COLOMBIA  
CC 91.292.913 DE BUCARAMANGA  
TP 208777 DEL CS. De la J.  
Proyectó y elaboró: JURR  
Revisó: JURR



Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com>

**LLAMADO EN GARANTIA // MEDICOS QUE ATENDIERON AL SEÑOR TOBIAS BRAND // RADICADO 76001 - 3103 - 010 - 2021 - 00187 - 00 // NELLY DE JESU AGREDO Vs FABISALUD**

**Jorge Uriel Rueda Romero** <jorgeurielabogados@gmail.com> 28 de septiembre de 2021, 10:49  
Para: j10cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co  
CCO: Liza Castillo <liza.castillo@gmail.com>, Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com>, analista.juridico@clinicacolombias.com

 **LLAMADO EN GARANTIA ( MEDICOS ).zip**

**SEÑOR  
JUEZ DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI.  
E S D.**

**Proceso No. 2021 – 00187-00.**

**ASUNTO: Solicitud Llamamiento en Garantía.**

**JORGE URIEL RUEDA ROMERO**, identificado con la cédula de Ciudadanía número 91.292.9163, y portador de la tarjeta profesional número 208.777 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de la sociedad **FABISALUD IPS S.A.S**, legalmente constituida, identificada con Nit No. **900,951,033 - 8** con domicilio en la Ciudad de Cali, representada legalmente por el señor **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, vecino y domiciliado en Cali, identificado con cédula de ciudadanía número **80.218.397 de Bogotá**, conforme el poder debidamente conferido, comedidamente solicito a usted que involucre en el presente procedimiento judicial de **RESPONSABILIDAD CIVIL**, a los señores **Dr. Juan Jacobo Padilla, identificado con la C.C. No 14.638.735, Dr. Dennis Edmond Cobo Oliveros identificado con la C.C. No. 16.645.161, Dr. John Jairo Pérez, identificado con la C.C. No 91.524.615 Dr. Jorge Alberto Muñoz Acosta, identificado con la C.C. No. 76.304.363 Dr. Gonzalo Martínez, identificado con la C.C. No. 70.096.945, Dr. Oscar Javier San Juan Palacio, identificado con la C.C. No. 72.311.947**, todos ellos en calidad de **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**, para amparar las obligaciones que resulten en el presente trámite en contra de mi mandante, como consecuencia de la demanda formulada en su contra, llamamiento que realizó en los términos que se mencionan en escrito adjunto.

De igual manera me permito manifestar que adjunto como prueba los siguientes documentos:

- 1. Escrito de llamado de garantía.
- 2. Poder para llamar en garantía.
- 3. Poder para ejercer defensa.
- 4. Historia Clínica del señor Tobias Brand ( q.e.p.d.)
- 5. escrito de excepciones de Fondo.
- 6. Cámara de Comercio de Fabilu.
- 7. Copia de los contratos de prestación de servicios firmados con los llamados en garantía.

Solicito al despacho se admitan los llamados en garantía para proseguir con las notificaciones de los mismos.

 **ESCRITO DEL LLAMADO EN GARANTIA.pdf**  
233K







Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com>

SUBSANACION DE LLAMADO EN GARANTIA MEDICOS QUE ATENDIERON AL SEÑOR TOBIAS BRAND //RADICADO 76001 - 3103 - 010 - 2021 - 00187 - 00 // NELLY DE JESUS AGREDO Vs FABILSALUD

Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com> 8 de noviembre de 2021, 12:08  
Para: j10cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co, drcobo2009@hotmail.com, gomar98@hotmail.com, jama347@hotmail.com, jacobopadilla84@hotmail.com, jhon\_pcasado@hotmail.com, oj.sanjuan@gmail.com, julivergara5@hotmail.com, margenlegal.v@gmail.com  
CCO: analista.juridico@clinicacolombiaes.com, Jorge Uriel Rueda Romero <jorgeurielabogados@gmail.com>

SEÑOR  
JUEZ DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI.  
E S D.

Proceso No. 2021 – 00187-00.

ASUNTO: Solicitud Llamamiento en Garantía. (( SUBSANACIÓN ))

JORGE URIEL RUEDA ROMERO, identificado con la cédula de Ciudadanía número 91.292.9163, y portador de la tarjeta profesional número 208.777 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de la sociedad **FABISALUD IPS S.A.S**, legalmente constituida, identificada con Nit No. **900,951,033 - 8** con domicilio en la Ciudad de Cali, representada legalmente por el señor **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, vecino y domiciliado en Cali, identificado con cédula de ciudadanía número **80.218.397 de Bogotá**, conforme el poder debidamente conferido, comedidamente solicito a usted que involucre en el presente procedimiento judicial de **RESPONSABILIDAD CIVIL**, a los señores **Dr. Juan Jacobo Padilla, identificado con la C.C. No 14.638.735, Dr. Dennis Edmond Cobo Oliveros identificado con la C.C. No. 16.645.161, Dr. John Jairo Pérez, identificado con la C.C. No 91.524.615 Dr. Jorge Alberto Muñoz Acosta, identificado con la C.C. No. 76.304.363 Dr. Gonzalo Martínez, identificado con la C.C. No. 70.096.945, Dr. Oscar Javier San Juan Palacio, identificado con la C.C. No. 72.311.947**, todos ellos en calidad de **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**, para amparar las obligaciones que resulten en el presente trámite en contra de mi mandante, como consecuencia de la demanda formulada en su contra, llamamiento que realizó en los términos que se mencionan en escrito adjunto.

De igual manera me permito manifestar que adjunto como prueba los siguientes documentos:

- 1. Escrito de subsanación al llamado en garantía
- 2. Escrito de llamado de garantía.
- 3. Poder para llamar en garantía.
- 4. Poder para ejercer defensa.
- 5. Historia Clínica del señor Tobias Brand ( q.e.p.d.)
- 6. escrito de excepciones de Fondo.
- 7. Cámara de Comercio de Fabilu.
- 8. Copia de los contratos de prestación de servicios firmados con los llamados en garantía.
- 9. Copia de la Demanda y sus anexos.
- 10. Certificación de la dirección de Talento Humano de FABISALUD IPS SAS, donde mencionan los correos de los médicos llamados en garantía.
- 11. Auto que Inadmite llamado en garantia

|                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <a href="#">CONTRATO DR.JORGE ALBERTO MUÑOZ(Medico Int...</a>   |
|  <a href="#">CONTRATO DR.JUAN JACOPO PADILLA (Medico Inte...</a> |
|  <a href="#">CONTRATO DR.OSCAR SAN JUAN PALACIO(Medico ...</a>   |

|                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>CONTRATOS DR.DENNIS EDMOND COBO</b> (Medico Ort...   |
|  <b>CONTRATOS DR.JHON JAIRO PEREZ</b> (Medico Ortope... |
|  <b>CONTRATOS DR.JUAN JACOBO PADILLA</b> (Medico Int... |

10 archivos adjuntos

-  **ESCRITO DE SUBSANACIÓN.pdf**  
131K
-  **ESCRITO DEL LLAMADO EN GARANTIA.pdf**  
139K
-  **CERTIFICACION CORREOS ELECTRÓNICOS.pdf**  
259K
-  **Camara de Comercio FABILSALUD.pdf**  
193K
-  **PODER LLAMADO EN GARANTIA.pdf**  
33K
-  **HISTORIA CLÍNICA ( APORTADA POR CRISTO REY ) DE TOBIAS BRAND TOBAR.pdf**  
804K
-  **DR. GONZALO MARTINEZ ARANGO**(Medico Ortopedista).pdf  
3149K
-  **EXCEPCIONES DE FONDO.pdf**  
1251K
-  **DEMANDA Y ANEXOS.zip**  
14048K
-  **RECONOCE PJ - ACEPTA LLAMDO DE ASEGURADORA Y NIEGA LLAMADO DE MEDICOS.pdf**  
397K

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: **FABISALUD IPS SAS**. NIT.900951033-8

CONTRATISTA: **JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA**

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA**. También mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, como MEDICO INTERNISTA NEFROLOGO, en la CLÍNICA CRISTO REY CALI, establecimiento de propiedad de la sociedad **FABISALUD IPS SAS**; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO:** **EL CONTRATISTA**, en su condición de **MÉDICO INTERNISTA NEFROLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a la atención de pacientes en URGENCIAS y/u hospitalizados en la CLÍNICA CRISTO REY CALI, revisando cada uno de ellos, en lo que tenga que ver con su especialidad, todos los días de la semana, de domingo a domingo, según su disponibilidad de tiempo; y cuando sea procedente y se requiera, la atención deberá ser mediante la INTERCONSULTA, con un tiempo de respuesta, de acuerdo a la prioridad del paciente, la cual deberá ser, todos los días de la semana, durante las 24 horas del día. **PARÁGRAFO 1:** El contratista, además le corresponde la ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, que requieran atención por NEFROLOGIA. **PARÁGRAFO 2:** A excepción para la atención de los pacientes hospitalizados en UCI, el contratista, puede coordinar la atención de los pacientes, y la interconsulta, con el médico INTERNISTA JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA, a criterio de éstos. **PARÁGRAFO 3.** El contratista debe realizar las interconsultas hospitalarias, con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARÁGRAFO 4.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: HONORARIOS.** **FABISALUD IPS SAS**, pagará AL CONTRATISTA, por la ejecución del contrato, la suma de SEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS \$6.800.000.00, MENSUALES.

**TERCERA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**CUARTA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 01 de Enero de 2021, hasta el día 31 de Diciembre de 2021. No obstante, cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DÉCIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a FABISALUD IPS SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de FABISALUD IPS SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de FABISALUD IPS SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DÉCIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por FABISALUD IPS SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información se clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba FABISALUD IPS SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de **FABISALUD IPS SAS.**

**DÉCIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden. En caso que **FABISALUD IPS SAS** pague los aportes a los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), este descontará al CONTRATISTA del valor facturado lo correspondiente a lo pagado.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni FABISALUD IPS SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DÉCIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DÉCIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de

Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. 3. Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de este contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGÉSIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: FABISALUD IPS SAS, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la CALLE 13 N°98-10 APTO 507, Teléfono. 3117987882

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 31 de Diciembre del año dos mil VEINTE (2020).

**EL CONTRATANTE**

**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
FABISALUD IPS SAS

**EL CONTRATISTA**

*Jorge A. Muñoz A*  
**JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA**  
C.C. 76.304.363 DE POPAYÁN

60

## CONTRATO DE LIQUIDACION CONTRATO Y TRANSACCIÓN.

En la ciudad de Cali, a los 30 días del mes de octubre de 2.020, se reunieron los señores: **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, vecino y domiciliado en la Ciudad de Cali, actuando como representante legal de la sociedad **FABISALUD IPS SAS**, en calidad de **CONTRATANTE**, y de otro lado el doctor **JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA**, mayor de edad, vecino y domiciliado en Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 76.304.363, en calidad de **CONTRATISTA**, según lo establecido en el art. 2469 y siguientes del Código Civil, **ESTIPULAN:**

**PRIMERO.** Que entre el **CONTRATISTA** y la **CONTRATANTE**, celebramos contrato de **PRESTACION DE SERVICIOS**, mediante el cual el primero de los nombrados, sin subordinación alguna, prestaba los servicios como **MEDICO INTERNISTA NEFROLOGO**, para la atención de pacientes en **CLÍNICA CRISTO REY CALI** establecimiento de comercio de propiedad de la contratante.

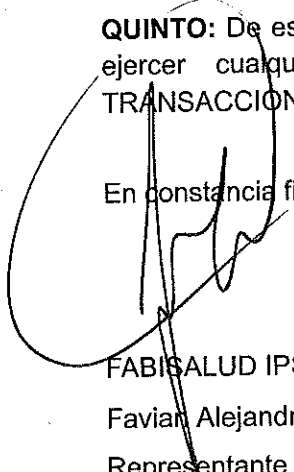
**SEGUNDO:** Que de común acuerdo entre las partes, **DECIDIERON** dar por terminado el contrato de **PRESTACION DE SERVICIOS**, suscrito entre éstas, el día 31 de diciembre de 2019, el cual surtió efectos hasta el día 31 de diciembre de 2020.

**TERCERO:** Que en virtud de dicha relación y la terminación de común acuerdo, es necesario proceder a la **LIQUIDACION**, la cual se realiza en el presente acto.

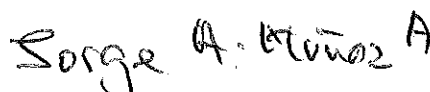
**CUARTO:** La sociedad contratante, canceló el **VALOR TOTAL** de los honorarios generados hasta el día 31 de diciembre de 2020, **QUEDANDO LIQUIDADO EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS, SUSCRITOS ENTRE LAS PARTES.**

**QUINTO:** De esta manera, las partes se **DECLARAN A PAZ Y SALVO**, y renuncian a ejercer cualquier reclamación judicial o extrajudicial; ya que la presente **TRANSACCION** se realiza en los términos de la norma citada.

En constancia firman:

  
FABISALUD IPS SAS.

Favian Alejandro Cordon T.  
Representante legal.

  
JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA.  
Contratista

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: FABISALUD IPS SAS. NIT.900951033-8

CONTRATISTA: JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA**. También mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA de **FABISALUD IPS SAS**; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA**, en su condición de **MEDICO INTERNISTA Y NEFROLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 01 de Enero de 2020, hasta el día 31 de Diciembre de 2020. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** **FABISALUD IPS SAS**, pagará AL **CONTRATISTA** por concepto de disponibilidad cumplida y por concepto de la atención de las interconsultas hospitalarias 24 horas al día 7 días a la semana el valor de \$ 6'800.000, como honorarios por sus servicios profesionales.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por **FABISALUD IPS SAS**, treinta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del **CONTRATISTA**: **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con



FABISALUD IPS SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por FABISALUD IPS SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE FABISALUD IPS SAS:** Son obligaciones de FABISALUD IPS SAS. **1.** Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento dela CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte dela CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de FABISALUD IPS SAS, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, **FABISALUD IPS SAS**, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** FABISALUD IPS SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a FABISALUD IPS SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de FABISALUD IPS SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de FABISALUD IPS SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por

FABISALUD IPS SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba FABISALUD IPS SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de **FABISALUD IPS SAS**.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden. En caso que **FABISALUD IPS SAS** pague los aportes a los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), este descontará al CONTRATISTA del valor facturado lo correspondiente a lo pagado.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni FABISALUD IPS SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

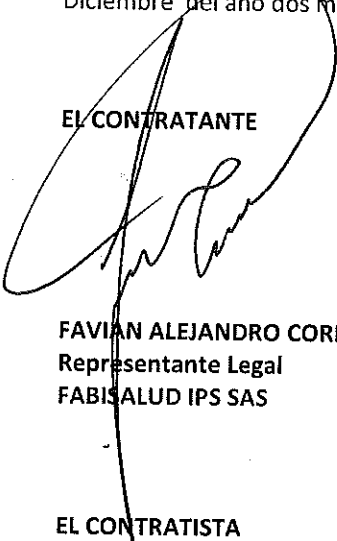
**DECIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

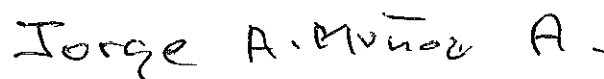
**VIGESIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: FABISALUD IPS SAS, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la CALLE 13 N° 98 - 10 APTO 507, Teléfono. 3117987882

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 31 de Diciembre del año dos mil diecinueve (2019).

  
EL CONTRATANTE

FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES  
Representante Legal  
FABISALUD IPS SAS

EL CONTRATISTA

  
JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA  
C.C. 76.304.363 DE POPAYAN

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: CLINICA CRISTO REY CALI SAS .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **CRISTO REY CALI SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA**. También mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA de CLINICA CRISTO REY CALI SAS; que en lo general, se registrará por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA**, en su condición de **MEDICO INTERNISTA Y NEFROLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante CLINICA CRISTO REY CALI SAS, a CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 01 de Enero de 2019, hasta el día 31 de Diciembre de 2019. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, pagará AL **CONTRATISTA** por concepto de disponibilidad cumplida y por concepto de la atención de las interconsultas hospitalarias 24 horas al día 7 días a la semana el valor de \$ 6'800.000, como honorarios por sus servicios profesionales.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, treinta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del **CONTRATISTA**: **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con

CLINICA CRISTO REY CALI SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. 4. Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. 5. Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. 6. Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE CLINICA CRISTO REY CALI SAS:** Son obligaciones de CLINICA CRISTO REY CALI SAS. 1. Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. 2. Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. 3. Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. 4. Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento de la CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte de la CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad.

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, CLINICA CRISTO REY CALI SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: 1. Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. 2. La terminación de manera unilateral. 3. El vencimiento del plazo.

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de CLINICA CRISTO REY CALI SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de CLINICA CRISTO REY CALI SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba CLINICA CRISTO REY CALI SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de CLINICA CRISTO REY CALI SAS.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni CLINICA CRISTO REY CALI SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DECIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

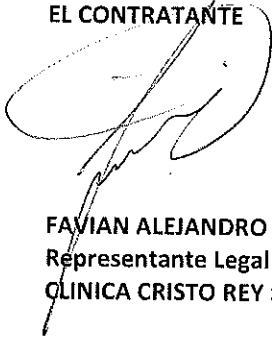
**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: CLINICA CRISTO REY CALI SAS, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la CALLE 13 N°98-10 APTO 507, Teléfono. 3117987882

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 31 de Diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

EL CONTRATANTE



FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES  
Representante Legal  
CLINICA CRISTO REY SAS CALI

EL CONTRATISTA

*Dr. Jorge A. Muñoz A.*  
M.D. INTERNISTA NEFRÓLOGO  
TP 14135/91

*Jorge A. Muñoz A.*  
JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA  
C.C. 76.304.363 DE POPAYAN

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: CLINICA CRISTO REY CALI SAS .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **CRISTO REY CALI SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA**. También mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA Y NEFROLOGO de CLINICA CRISTO REY CALI SAS; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO:** EL CONTRATISTA, en su condición de **MEDICO INTERNISTA Y NEFROLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante CLINICA CRISTO REY CALI SAS, a CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA Y NEFROLOGO, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 01 de Enero de 2018, hasta el día 31 de Diciembre de 2018. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, pagará AL CONTRATISTA por concepto de disponibilidad cumplida y por concepto de la atención de las interconsultas hospitalarias 24 horas al día 7 días a la semana el valor de \$ 6'800.000, como honorarios por sus servicios profesionales.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del **CONTRATISTA:** 1. Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. 2. Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información



que conozca con ocasión del servicio.3. Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con CLINICA CRISTO REY CALI SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. 4. Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios.5. Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato.6. Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE CLINICA CRISTO REY CALI SAS:** Son obligaciones de CLINICA CRISTO REY CALI SAS. 1. Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. 2. Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato.3. Ejercer el control y vigilancia del contrato, por si mismo o por medio de un tercero que designe para ello.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento dela CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte dela CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de CLINICA RISTO REY CALI SAS, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, CLINICA CRISTO REY CALI SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: 1. Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. 2. La terminación de manera unilateral. 3. El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a CLINCA CRISTO REY CALI SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de CLINICA CRISTO REY CALI SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de CLINCA CRISTO REY CALI SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: CLINICA CRISTO REY CALI SAS .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **CRISTO REY CALI SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA**. También mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA Y NEFROLOGO de CLINICA CRISTO REY CALI SAS; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO:** EL CONTRATISTA, en su condición de **MEDICO INTERNISTA Y NEFROLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante CLINICA CRISTO REY CALI SAS, a CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA Y NEFROLOGO, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 01 de Enero de 2018, hasta el día 31 de Diciembre de 2018. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, pagará AL CONTRATISTA por concepto de disponibilidad cumplida y por concepto de la atención de las interconsultas hospitalarias 24 horas al día 7 días a la semana el valor de \$ 6'800.000, como honorarios por sus servicios profesionales.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del CONTRATISTA: **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información

que conozca con ocasión del servicio.3. Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con CLINICA CRISTO REY CALI SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. 4. Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios.5. Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato.6. Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE CLINICA CRISTO REY CALI SAS:** Son obligaciones de CLINICA CRISTO REY CALI SAS. 1. Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. 2. Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato.3. Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento dela CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte dela CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de CLINICA RISTO REY CALI SAS, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, CLINICA CRISTO REY CALI SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: 1. Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. 2. La terminación de manera unilateral. 3. El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a CLINCA CRISTO REY CALI SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de CLINICA CRISTO REY CALI SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de CLINCA CRISTO REY CALI SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por CLINCA CRISTO REY CALI SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba CLINCA CRISTO REY CALI SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de CLINCA CRISTO REY CALI SAS.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden.

**DECIMA SEXTA: AUSENCIA VÍNCULO LABORAL:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, técnica y directiva, asumiendo todos los riesgos y prestando los servicios con sus propios medios, equipos y elementos los cuales deberá procurarse en forma oportuna, bajo toda su responsabilidad y con el control efectivo de los mismos, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables, debido a que EL CONTRATISTA no actúa ni como trabajador, ni como intermediario de CLINCA CRISTO REY CALI SAS, a quien libera de toda responsabilidad. Adicionalmente EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a CLINCA CRISTO REY CALI SAS por cualquier reclamación judicial o extrajudicial por estos conceptos.

**DECIMA SEPTIMA: REGULACIÓN INTEGRAL.** El presente contrato regula integralmente la relación entre las partes y en consecuencia deja sin valor y efecto cualquier acuerdo verbal o escrito que existiere anteriormente entre ellas y sobre la misma materia. Las partes se declaran mutua y expresamente a paz y salvo por cualquier relación comercial escrita o verbal que entre ellos hubiera existido con anterioridad al presente contrato, renunciando expresamente a cualquier derecho o acción que se pudiera derivar de las relaciones preexistentes entre las partes.

**DECIMA OCTAVA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni CLINCA CRISTO REY CALI SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA NOVENA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

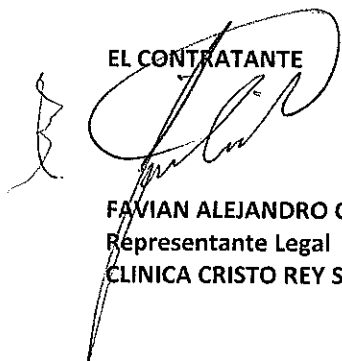
**VIGÉSIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

**VIGÉSIMA PRIMERA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA SEGUNDA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

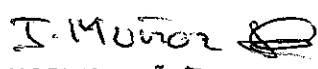
**VIGESIMA TERCERA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: CLINCA CRISTO REY CALI SAS, en la AV 4N # 23N-71 de Cali, y el contratista en calle 13 # 98-10 APTO 507.

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 08 de Marzo del año dos mil dieciocho (2018).

  
EL CONTRATANTE

**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
CLINICA CRISTO REY SAS CALI

EL CONTRATISTA

  
**JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA**  
C.C. 76.304.363 DE POPAYAN

Medellín, 02 de enero de 2019

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

**CERTIFICA:**

Que JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA identificado(a) con cédula de ciudadanía 76304363 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/01/2019

Fecha fin cobertura: 31/12/2019

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

CLINICA CRISTO REY N900951033

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C763043631900225692

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

02/01/2019 7.08 AM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

## Hoja de Vida

### Datos Personales

---

|                      |                                                |
|----------------------|------------------------------------------------|
| Nombres              | Jorge Alberto                                  |
| Apellidos            | Muñoz Acosta                                   |
| Profesión            | Médico Internista Nefrólogo                    |
| Fecha de Nacimiento  | Noviembre 19 de 1966                           |
| Lugar de Nacimiento  | Popayán – Cauca                                |
| Estado Civil         | Casado                                         |
| Dirección Residencia | Calle 13 No. 98-10 Apto 507.<br>Multicentro II |
| Teléfono             | 3729977                                        |
| Celular              | 3117987882                                     |

## **Estudios Realizados**

### **UNIVERSITARIOS**

**Subespecialidad en Nefrología**

UNIVERSIDAD DEL VALLE

1995-1997

**Postgrado en Medicina Interna**

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

1992-1995

Tesis de Grado:

*Microalbuminuria del hipertenso esencial. Uso de Calcioantagonistas.*

Tesis Laureada por el Comité Académico del Cauca

**Medicina General**

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

1984-1990

**Internado:** Hospital San José de Popayán

**Fecha de grado:** Diciembre 28 de 1990

**Año Rural:** Saravena- Arauca

Reconocimiento Regional- Seccional Arauca, en el manejo

De Boticas comunitarias, en la planeación y desarrollo comunitario.

### **PUBLICACIONES**

**ACTA MEDICA COLOMBIANA**, suplemento especial 1994.

Se publicaron tres trabajos correspondientes a:

- Incidencia de la microalbuminuria en la hipertensión arterial.
- Microalbuminuria como indicador de la hipertrofia ventricular izquierda.



## **Estudios Realizados**

---

### **UNIVERSITARIOS**

#### **Subespecialidad en Nefrología**

UNIVERSIDAD DEL VALLE

1995-1997

#### **Postgrado en Medicina Interna**

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

1992-1995

Tesis de Grado:

*Microalbuminuria del hipertenso esencial. Uso de Calcioantagonistas.*

Tesis Laureada por el Comité Académico del Cauca

#### **Medicina General**

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

1984-1990

**Internado:** Hospital San José de Popayán

**Fecha de grado:** Diciembre 28 de 1990

**Año Rural:** Saravena- Arauca

Reconocimiento Regional- Seccional Arauca, en el manejo

De Boticas comunitarias, en la planeación y desarrollo comunitario.

### **PUBLICACIONES**

**ACTA MEDICA COLOMBIANA**, suplemento especial 1994.

Se publicaron tres trabajos correspondientes a:

- Incidencia de la microalbuminuria en la hipertensión arterial.
- Microalbuminuria como indicador de la hipertrofia ventricular izquierda.

- Modulación de la microalbuminuria por calcioantagonistas.

## **REVISTA CENTROAMERICANA Y DEL CARIBE DE NEFROLOGIA**

Se publicaron seis trabajos correspondientes a:

- Nefropatía por hidrocarburos. Partes I y II.
- Perfil lipídico del paciente trasplantado.
- Nefropatía lúpica, correlación entre Uroanálisis y biopsia renal.

## **CARGOS**

**Actual:** - Medicina Interna y Nefrología, Unidad Renal Cedit Ltda. (Clínica Colombia),

Desde el 2012, Cali-Valle. (5537894)

-Clínica Comfenalco, desde el 2016, Cali-Valle. (8862727)

-Clínica Cristo Rey, desde agosto de 2017 en Cali, Valle. (3786910)

**Anterior:-** Jefe Unidad Renal Hospital San Pedro

Mayo a Julio de 1997. Pasto. Nariño.

- Director Científico, Unidad Renal RTS del Valle,

Julio 1997 a Octubre 2001, Cali-Valle.

-Director Científico, Unidad Renal Ciudad de Cali,

Septiembre de 2002 a Julio de 2004.

- Jefe del Programa de Trasplante Renal, Clínica Rey David

2003 a 2005, Cali-Valle.

-Director Científico, Unidad Renal CEDIT LTDA,

Agosto 2006 a 2011, Buenaventura-Valle (2423312)

-Médico Internista y Nefrólogo, Clínica Farallones

De 2002 a 2016, Cali-Valle.

---

#### **Referencias Personales**

**Luis Armando Caicedo**

Cirujano de Trasplante

FUNDACION VALLE DEL LILI

Teléfono 3317474

**Luis Mariano Otero**

Nefrólogo

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

Teléfono 5580169

**Álvaro Mercado**

Nefrólogo

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

Teléfono 5580169

**Juan Guillermo Posada**

**Nefrólogo**

**FUNDACION VALLE DEL LILI**

**Nefrólogo de Trasplante**

**Teléfono 3317474**

---

***Jorge Alberto Muñoz Acosta***

**Santiago de Cali, Febrero 21 de 2018.**

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEBULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 76304363  
 MUNOZ ACOSTA  
 APELLIDOS  
 JORGE ALBERTO  
 NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 JORGE A. MUÑOZ A  
 FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO: 19-NOV-1966  
 POPAYAN  
 (CAUCA)  
 LUGAR DE NACIMIENTO  
 1.73 O+ M  
 ESTATURA G/S. RH SEXO  
 29-MAR-1985 POPAYAN  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS AIBEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3100100-00111681-M-0076304363-20081025 0004836853A 1 25197171

Familia Lopez Rabel Cristina Puerto

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 76.304.363  
 MUNOZ ACOSTA  
 APELLIDOS  
 JORGE ALBERTO  
 NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 JORGE A. MUÑOZ A  
 FIRMA

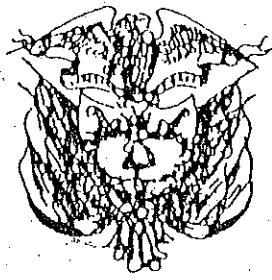
FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-1966  
 POPAYAN  
 (CAUCA)  
 LUGAR DE NACIMIENTO  
 1.73  
 ESTATURA  
 O+  
 G.S. RH  
 M  
 SEXO  
 29-MAR-1985 POPAYAN  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ANIBAL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3100100-00111681-M-0076304363-20081025 0004836853A 1 25197171

FANCY LOPEZ Babel Cristina Puerto

# La Universidad del Cauca



En nombre de la

República de Colombia  
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional  
en atención a que

**Jorge Alberto Muñoz Acosta**

c.c. ne 16304.363 de Popayán

ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios, se otorga el título de

**Médico y Cirujano**

con todos los derechos, privilegios y dignidades que lo facultan para el  
ejercicio profesional

Popayán, 28 de Diciembre de 1990

El Rector de la Universidad El Decano de la Facultad El Secretario Gral. de la Universidad  
*[Firma]* *[Firma]* *[Firma]*

Registrado en el folio N° 534 del L. de Diplomas N° 54

Gobernación del Departamento del Cauca

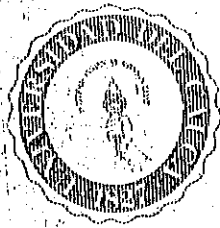
Anotado al folio N° 1073 del L. de Diplomas N° 74

Popayán, 9 de Enero de 1991

El Gobernador del Dpto.

LA NOTARIA QUINCE DE CALI  
CERTIFICA  
Que el presente documento es fiel copia  
de su original que el suscrito ha tenido  
a la vista, Cali

El Secretario de Educación Dpto.



UNIVERSIDAD DEL CAUCA

ACTA DE GRADO

JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA. C.C.No. 76'304.363 de Popayán.  
El Secretario General de la Universidad del Cauca expide la siguiente copia:

ACTA DE GRADO NUMERO 34 DEL 28 DE DICIEMBRE DE 1990

En Popayán, capital del Departamento del Cauca, a las 5:00P.M. del día 28 de DICIEMBRE de 1990 y dando cumplimiento de la Resolución

4092/12/26/90 expedida por el Rector del Establecimiento, se celebró el acto solemne de entrega de Diplomas de acuerdo con el orden del día establecido por la Rectoría.

El Presidente declaró abierto el acto. El Secretario General dió lectura a la Resolución en la cual se hace constar que el graduando ha cumplido con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Universidad y se confiere el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

A

JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA

A continuación el Presidente tomó el Juramento Universitario al graduando con la mano derecha puesta sobre los Santos Evangelios.

Por último se hizo entrega al graduando MUÑOZ ACOSTA

del Diploma que acredita su idoneidad para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO

se declaró terminado el acto".

A las 6:00P.M.



UNIVERSIDAD DEL CAUCA

El Secretario General de la Universidad del Cauca expide la siguiente copia:

ACTA DE GRADO No. 15 del 28 de julio de 1995

En Popayán, capital del Departamento del Cauca, República de Colombia, a las 5:00 p.m. del viernes veintiocho (28) de julio de mil novecientos noventa y cinco (1995) y en cumplimiento de la Resolución 322 del 17 de julio de 1995 expedida por el Rector, se realizó un acto solemne de grado en el Paraninfo Francisco José de Caldas, para la entrega de títulos conferidos por la Universidad del Cauca. Instalada la Ceremonia el Secretario General lee la Resolución, afirmando que el graduando cumple con los requisitos legales y reglamentarios. El Rector le toma el juramento y le otorga el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

A:

JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA  
cc.76.304.363 de Popayán

El diploma acredita su idoneidad para ejercer la profesión de Especialista en Medicina Interna

Se registra en el Libro No.059 Folio No. 212 Diploma No. 003144

La ceremonia finaliza a las 6:00 p.m.

Para constancia se expide la presente copia de acta de grado. (fdo) CARLOS ALBERTO COLLAZOS MUÑOZ, Rector; (fdo) CARLOS AURELIO SARRIA VELASCO, Decano Facultad Ciencias de la Salud; (fdo) TOMAS ZAMORA BASTIDAS, Director Instituto de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud; (fdo) GUILLERMO MUÑOZ VELASQUEZ, Secretario General.

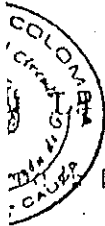
Es fiel copia tomada del original y se expide a solicitud del graduado en Popayán, a los veintiocho días del mes de julio de mil novecientos noventa y cinco.

GUILLERMO MUÑOZ VELASQUEZ  
SECRETARIO GENERAL





NOTARIA PRIMERA  
Círculo de Popayán



La Notaría 1ª, del Círculo de Popayán

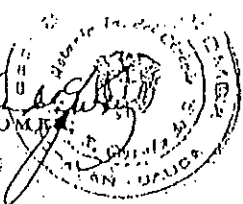
HACE CONSTAR:

que la firma que aparece en el presente documento con el número 10,530,799

Identificado con C.C. No 4.608,208.

Popayán, 07 SET 1995

Lo Notaría Julia Emma Garzón de Gómez  
JULIA EMMA GARZÓN DE GÓMEZ



La Notaría 1ª, del Círculo de Popayán

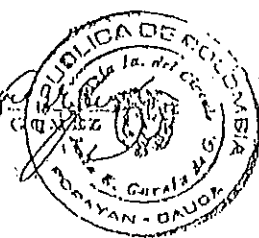
HACE CONSTAR:

que la firma que aparece en el presente documento con el número 10,530,799

Identificado con C.C. No 10,530,799.

Popayán, 07 SET 1995

Lo Notaría Julia Emma Garzón de Gómez  
JULIA EMMA GARZÓN DE GÓMEZ



La Notaría 1ª, del Círculo de Popayán

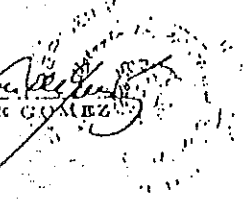
HACE CONSTAR:

que la firma que aparece en el presente documento con el número 4,604,676

Identificado con C.C. No 4,604,676.

Popayán, 07 SET 1995

Lo Notaría Julia Emma Garzón de Gómez  
JULIA EMMA GARZÓN DE GÓMEZ



La Notaría 1ª, del Círculo de Popayán

HACE CONSTAR:

que la firma que aparece en el presente documento con el número 12,950,043

Identificado con C.C. No 12,950,043.

Popayán, 07 SET 1995

Lo Notaría Julia Emma Garzón de Gómez  
JULIA EMMA GARZÓN DE GÓMEZ



FIRMAS REGISTRADAS DEL ACTA DE GRADO N 15 DEL 28 DE JULIO DE 1.995 DE JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA N 76'304.363 DE POPAYAN ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA





# Universidad del Valle

RECTORIA

ACTA DE GRADO No 670

En la Ciudad de SANTIAGO DE CALI, Departamento del VALLE DEL CAUCA, el dia 12 September 1997, de conformidad con lo dispuesto en la resolucion No. 682 emanada de la Rectoria de la Universidad del Valle, la Universidad del Valle, en nombre de la Republica de Colombia y por autorizacion del Ministerio de Educacion Nacional, le confiere el titulo de

ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA

Resolucion No 125 de 06/08/87 - ICFES

JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA

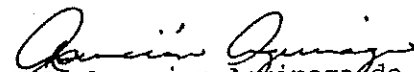
IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 76304363 POPAYAN

El diploma correspondiente le sera entregado en la fecha prevista en la Resolucion No. 682 del 12 September 1997 y anotado en el Libro 1 Folio 143 Registro 20 de la Universidad del Valle.

Se firma en Santiago de Cali, el 12 de Sept. de 1997

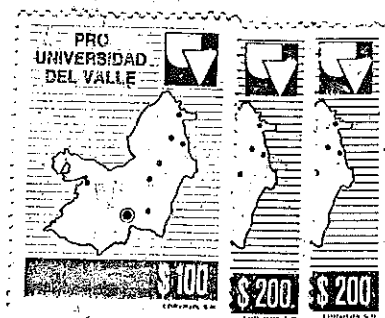
(Fdo) Jaime Enrique Galarza Sanclemente - Rector

(Fdo) Juan Manuel Jaramillo Uribe - Secretario General

  
ING. Asuncion Aguinaga de Arboleda  
Seccion Registro Academico

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTICACION EN VIRTUD DEL DECRETO No 1024 DE 1982

34660





## Sistema de Registro Académico y Admisiones



### Información de grado(s) obtenidos(s) a partir del año 1953.



Nombre: **MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO**

Documento: **C.C. 76304363**

|                 |                            |            |     |      |     |
|-----------------|----------------------------|------------|-----|------|-----|
| Título Obtenido | ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA |            |     |      |     |
| Fecha de Grado  | 1997-09-12                 | Resolución | 682 | Acta | 670 |

[Consultar Otra Persona](#)



Universidad  
del Cauca

Secretaría General

2.1-92.18/130

Popayán, 17 de abril de 2018

Doctora:  
Derly Margoth Macías Chinchajoy  
Gestión Humana  
Clínica Cristo Rey Cali S.A.  
Analista.ghumana @clinicacristorey.com.co  
Aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co  
Av. 4 Norte N 22 - 46

Asunto: Verificación de título académico

Cordial saludo,

En atención a su solicitud recibida, y complementación al oficio 2.1-92.18/124 donde quedo pendiente una persona por verificar, el día de hoy me permito informarle que se otorgó título académico al siguiente profesional.

| FECHA DE GRADO | NOMBRE                     | CEDULA                      | TITULO            | LIBRO | FOLIO | RESOLUCION                                      |
|----------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------|-------|-------|-------------------------------------------------|
| 28/12/1990     | Jorge Alberto Muñoz Acosta | 76.304.363 de Popayán Cauca | Médico y Cirujano | 054   | 534   | R - 4092 del 26/12/1990. Acta 34 del 28/12/1990 |

Agradecemos la confianza depositada por su institución al tener en cuenta las hojas de vida de nuestros egresados.

Atentamente,

Laura Ismenia Castellanos Vivas  
Secretaria General de la Universidad del Cauca

Elaboró: Jeser L.  
Rbo. 26603115

Claustro de Santo Domingo, Calle 5 No 4-70  
Popayán - Cauca - Colombia  
Teléfono 8209900 exts. 1107 - 1108 - 1109 - 1110  
secgral@unicauca.edu.co  
www.unicauca.edu.co



NTCBP1000: GP-CEA100003

NTCBP 1000: GP-CEA100003

ISO 9001: SC-CEA100003

IQNet CB-SC-CEA100003

# BBVA

\$23,000

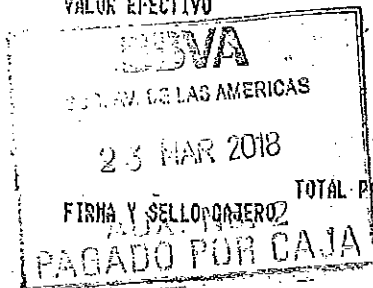
BBVA  
TERN: UB05  
OFIC: 0230  
USER: GE50643  
RECAUDO DE FACTURAS  
UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
CUENTA : 0013-0721-0200493039

FECHA : 23-03-18  
CONVENIO: 0019639  
HORA : 16.04

|                             |                          |                            |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| REFERENCIA NO. 1            | 032660311501             | PAGO APLICADO CUENTA HRO.  |
| REFERENCIA NO. 2            |                          |                            |
| REFERENCIA NO. 3            |                          |                            |
| REFERENCIA NO. 4            |                          |                            |
| REFERENCIA NO. 5            |                          |                            |
| REFERENCIA NO. 6            |                          |                            |
| DESCRIPCION :               | 541577099980125168020032 | PAGO APLICADO CREDITO HRO. |
| NRO DE CONFIRMACION:        | 000001861                |                            |
| CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000 |                          |                            |
| FORMA DE PAGO               | REFERENCIA DOCUMENTO     | IMPORTE                    |

VALOR EFECTIVO

23,000.00



TOTAL PAGO RECAUDO

FIRMA CLIENTE

23,000.00

- CLIENTE -

OFIXPRES-0000 JUL/2017 F-2110841



## Sistema de Registro Académico y Admisiones



Información de grado(s) obtenidos(s) a partir del año 1953.



Nombre: MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO

Documento: C.C. 76304363

|                 |                            |            |     |      |     |
|-----------------|----------------------------|------------|-----|------|-----|
| Título Obtenido | ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA |            |     |      |     |
| Fecha de Grado  | 1997-09-12                 | Resolución | 682 | Acta | 670 |

[Consultar Otra Persona](#)

Copyright © 2003-2011  
Universidad del Valle

Desarrollado por  
Net-Centric y OITEL



Register No.

14135791

Fuma Medic

Jorge A. Muñoz A.

### Nombres y Apellidos

JORGE ALBERTO NUNOZ ACOSTA

62

Q. E. C.

76304365

De:

POPAYAN

University

Chikan

**CAUCA**

POPAYAH

Código:

145147

Fecha de Expedición:

04/24/96

FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE  
CONFORMIDAD AL DECRETO N° 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE  
DE 1992.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA  
AL MINISTERIO DE SALUD.



DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA  
**GOBERNACIÓN**

*Secretaría de Salud*

0093-013-14

CONSTANCIA

Que Jorge Alberto Muñoz Acosta identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 76.304.363 expedida en Popayán - Cauca, fue autorizado para ejercer como Médico y Cirujano según título que le otorgó la Universidad del Cauca, el 28 de Diciembre de 1990, mediante Resolución No. 14135 del 25 de Noviembre de 1991 expedida por el Ministerio de Salud.

Que Jorge Alberto Muñoz Acosta se encuentra inscrito en la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, inscripción No. 448 del 27 de Mayo de 2014 como Especialista en Nefrología según título que le otorgó la Universidad del Valle, el 12 de Septiembre de 1997.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en el libro 1 de Diplomas, folio 143-20 del 08 de Septiembre de 1997 por la Universidad.

Santiago de Cali, 27 de Mayo de 2014

Secretaría Departamental de Salud  
del Valle

DORA LILIA BECERRA  
Profesional Especializada  
Tarjeta Notarial No. 5341

Greicy Chavarro C

Valle del Cauca  
**Bien Hecho!**

RECIBO DE PAGO O DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 990100000000909344

FECHA EXPEDICION

28/07/2014

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA - SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - TESORERIA GENERAL

NIT 890.399.029-5

BENEFICIARIO O USUARIO: JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA

C.C O NIT: 76304363

DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD

ORDEN DEPARTAMENTAL

ACTO O DOCUMENTO: REGISTRO ANTE LA SRIA DE SALUD TITULOS UNIVERSITARIOS, TECNOLOGICOS Y CERTIFICADOS DE SALUD OCUPACIONAL OTORGADOS

VALOR ACTO O DOCUMENTO UNITARIO: \$ 114.900

NUMERO DE ACTOS O DOCUMENTOS: 1

**VALOR TOTAL: \$ 114.900**

PAGO EN EFECTIVO

DESCRIPCIÓN DEL PAGO:

| CONCEPTO                      | V.UNITARIO | V.TOTAL | CONCEPTO                        | V.UNITARIO | V.TOTAL |
|-------------------------------|------------|---------|---------------------------------|------------|---------|
| 0,15 SMLV EST. PRO-SALUD      | 92.400     | 92.400  | 2% SMLV EST. PRO-UNIVALLE       | 12.300     | 12.300  |
| 0,6% SMLV EST. PRO-HOSPITALES | 3.700      | 3.700   | V/R EST. PRO-CULTURA DEPTAL L16 | 6.500      | 6.500   |

EL RECIBO DE PAGO, VALIDA LAS ESTAMPILLAS AUTORIZADAS EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA.

EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL TRAMITE DEBE EXIGIRLO Y ADJUNTARLO AL TRAMITE CORRESPONDIENTE.

ESTE DOCUMENTO SOLO ES VALIDO CON EL TIMBRE O SELLO DEL BANCO.

USUARIO

V-1.2



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

*Secretaría de Salud*

0093-013-14

**CONSTANCIA**

Que Jorge Alberto Muñoz Acosta identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 76.304.363 expedida en Popayan - Cauca, fue autorizado para ejercer como Médico y Cirujano según título que le otorgó la Universidad del Cauca, el 28 de Diciembre de 1990, mediante Resolución No. 14135 del 25 de Noviembre de 1991 expedida por el Ministerio de Salud.

Que Jorge Alberto Muñoz Acosta se encuentra inscrito en la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, inscripción No. 453 del 27 de Mayo de 2014 como Especialista en Medicina Interna según título que le otorgó la Universidad del Cauca en Popayán, el 28 de Julio de 1995.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en el libro 59 de Diplomas, folio 212 del 28 de Julio de 1995 por la Universidad.

Santiago de Cali, 27 de Mayo de 2014

*Secretaría Departamental de Salud*  
*del Valle*

**DORA LILIA BECERRA**  
Profesional Especializada  
Tarjeta Notarial No. 5341

Greicy Chavarro C

*Valle del Cauca*  
**Bien Hecho!**

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA - SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - TESORERIA GENERAL

NIT 890.399.029-5

BENEFICIARIO O USUARIO: JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA

C.C O NIT: 76304363

DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD

ORDEN DEPARTAMENTAL

ACTO O DOCUMENTO: REGISTRO ANTE LA SRIA DE SALUD TITULOS UNIVERSITARIOS, TECNOLOGICOS Y CERTIFICADOS DE SALUD OCUPACIONAL OTORGADOS

VALOR ACTO O DOCUMENTO UNITARIO: \$ 114.900

NUMERO DE ACTOS O DOCUMENTOS: 1

**VALOR TOTAL: \$ 114.900**

PAGO EN EFECTIVO

DESCRIPCIÓN DEL PAGO:

| CONCEPTO                      | V.UNITARIO | V.TOTAL | CONCEPTO                        | V.UNITARIO | V.TOTAL |
|-------------------------------|------------|---------|---------------------------------|------------|---------|
| 0,15 SMLV EST. PRO-SALUD      | 92.400     | 92.400  | 2% SMLV EST. PRO-UNIVALLE       | 12.300     | 12.300  |
| 0,6% SMLV EST. PRO-HOSPITALES | 3.700      | 3.700   | V/R EST. PRO-CULTURA DEPTAL E16 | 6.500      | 6.500   |

EL RECIBO DE PAGO VALIDA LAS ESTAMPILLAS AUTORIZADAS EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA  
EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL TRAMITE DEBE EXIGIRLO Y ADJUNTARLO AL TRAMITE CORRESPONDIENTE.  
ESTE DOCUMENTO SOLO ES VALIDO CON EL TIMBRE O SELLO DEL BANCO.

USUARIO

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

RETHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nac

Tipo de Identificación \*

Número de Identificación \*

Primer Nombre \*

Pr

Cédula de Ciudadanía

76304363

Confirme los números de la Imagen \*



8982

Verificar Registro en ReTHUS

Resultado General -2019-12-04--

| Tipo           | Nro.           | Primer | Segundo |
|----------------|----------------|--------|---------|
| Identificación | Identificación | Nombre | Nombre  |
| CC             | 76304363       | JORGE  | ALBERTO |

Información Detallada [CC: 76304363] JORGE A

2019-12-04→1:38:26 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen | Obtención | Título | Profesión u Ocupación               | Fecha desde que p |
|---------------|--------|-----------|--------|-------------------------------------|-------------------|
| ESP           | Local  |           |        | ESPECIALIZACION EN NEFROLOGIA       | 1997-09-          |
| ESP           | Local  |           |        | ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA | 1995-07-          |
| UNV           | Local  |           |        | MEDICINA                            | 1991-11-          |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matr Humano en Salud (ReTHUS).

Conmutador: +57(1) 330 5000 - Central de fax: +57(1) 330 5050

Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua

Línea de atención de emergencias: +57(1) 330 5071 - 24 horas

Search

SISPRO



Principal



SIDAM- SI Estandares de Medicam...



SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES  
Sistema Integral de Información de la Protección Social

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nac

|                          |                            |                 |        |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|--------|
| Tipo de Identificación * | Número de Identificación * | Primer Nombre * | Primer |
| Cédula de Ciudadanía     | 76304363                   |                 |        |

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

6903

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2019-12-03→2:01:05 PM

| Tipo           | Nro.           | Primer | Segundo | Primer   | Si |
|----------------|----------------|--------|---------|----------|----|
| Identificación | Identificación | Nombre | Nombre  | Apellido | A  |
| CC             | 76304363       | JORGE  | ALBERTO | MUNOZ    | A/ |

Información Detallada [CC: 76304363] JORGE ALBERTO MUNOZ A

2019-12-03→2:01:05 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación               |  | Fecha desde que ejercer |
|---------------|-------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------|
|               |                         | ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA |  |                         |
| ESP           | Local                   |                                     |  | 1995-07-2               |
| UNV           | Local                   |                                     |  | 1991-11-2               |

## 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 \*

Número de Identificación \*

Cédula de Ciudadanía ▼

76304363

Primer Nombre \*

Primer Apellido \*

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

## Resultado General

| Tipo<br>Identificación | Nro.<br>Identificación | Primer<br>Nombre | Segundo<br>Nombre | Primer<br>Apellido | Segundo<br>Apellido | Detalles            |
|------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| CC                     | 76304363               | MUNOZ            | ACOSTA            | JORGE              | ALBERTO             | <a href="#">Ver</a> |

## Información Detallada [CC: 76304363] MUNOZ ACOSTA JORGE ALBERTO

## Información Académica

| Tipo<br>Programa | Origen Obtención<br>Título | Profesión u<br>Ocupación | Fecha desde que puede<br>ejercer | Entidad Reportadora         |
|------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| UNV              | Local                      | Medicina                 | 1991/11/25                       | GOBERNACION DE<br>ANTIOQUIA |

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





POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:13:48 horas del 23/02/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 76304363

Apellidos y Nombres: MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO

#### 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.



Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao), Bogotá DC  
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am -  
12:00 pm y 2:00 pm - 6:00 pm  
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571)  
5159111 / 9112  
Resto del país: 018000 910 112  
Requerimientos ciudadanos 24 horas  
Fax (571) 5159581 - E-mail: [lineadirecta@policia.gov.co](mailto:lineadirecta@policia.gov.co)



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa  
Nacional



Portal Único de  
Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en Línea



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 106349675



WEB

08:07:32

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de febrero del 2018

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) JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 76304363:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ  
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

**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.

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS  
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 23 de febrero de 2018, a las 08:11:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | CC                   |
| No. Identificación     | 76304363             |
| Código de Verificación | 76304363180223081103 |

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.



SORAYA VARGAS PULIDO



CONFIANZA

Swiss Re  
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MEDICAS

PÓLIZA 03 RM042217  
CERTIFICADO 03 RM048616

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0332048616

DD MM AAAA  
16 12 2020

SUCURSAL: 03. CALI

USUARIO: AGUIRRE1

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

TOMADOR: MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO

C.C. O NIT: 76304363

0

DIRECCIÓN: CL 13 98 10 AP 507

CIUDAD: CALI

E-MAIL: jama343@hotmail.com

TELÉFONO: 3729977

ASEGURADO: MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO

C.C. O NIT: 76304363

0

DIRECCIÓN: CL 13 98 10 AP 507

CIUDAD: CALI

TEL. 3729977

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

C.C. O NIT: 082740

DIRECCIÓN: 0

CIUDAD: 0

TEL. 0

VIGENCIA

VALOR ASEGURADO EN PESOS

| DD MM AAAA       | DD MM AAAA       | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA          |
|------------------|------------------|----------|-------------------|----------------|
| DESDE 16 12 2020 | HASTA 16 12 2021 |          |                   | 200,000,000.00 |

INTERMEDIARIO

COASEGURO

PRIMA

| %      | NOMBRE                 | COMPANIA | % | TRM               | MONEDA | VALORES    |
|--------|------------------------|----------|---|-------------------|--------|------------|
| 100.00 | DIRECTO - SEGUROS CONF |          |   | PRIMA             | PESOS  | 220,000.00 |
|        |                        |          |   | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS  | 0.00       |
|        |                        |          |   | IVA               | PESOS  | 41,800.00  |
|        |                        |          |   | TOTAL             |        | 261,800.00 |

AMPAROS

VIGENCIA

VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS

VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS

VALOR PRIMA EN PESOS

DEDUCIBLE

| Desde      | Hasta      |      |                |            | %     | Mínimo       |
|------------|------------|------|----------------|------------|-------|--------------|
| 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00 | 200,000,000.00 | 220,000.00 | 10.00 | 3,500,000.00 |
| 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00 | 200,000,000.00 | 0.00       | 10.00 | 3,500,000.00 |
| 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00 | 200,000,000.00 | 0.00       | 10.00 | 3,500,000.00 |
| 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00 | 40,000,000.00  | 0.00       | 10.00 | 1,500,000.00 |
| 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00 | 40,000,000.00  | 0.00       | 10.00 | 1,500,000.00 |

SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

OBJETO DE LA POLIZA:

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE, LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

PROFESION: MEDICO INTERNISTA NEFROLOGO

LA PRESENTE POLIZA NO SE EXTIENDE A CUBRIR NINGUN TIPO DE LESION, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, PAGO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER TIPO, YA SEA REAL O PRESUNTO, QUE DERIVE DE UNA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER MODO RELACIONADO CON O EN CONEXION CON: BROTE; EPIDEMIA; VIRUS; PANDEMIA Y/O EMERGENCIA PUBLICA DECLARADA; ENFERMEDADES INFECCIOSAS; TRANSMISIBLES Y/O CONTAGIOSAS (SE TRATEN DE MANIFESTACIONES REALES O DE SOSPECHA).

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

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 DE SEGURO.

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A. EN TODO EL PAÍS.

\*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES IVA-RÉGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE REGISTRA POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 01042015-1308-P06-SU-OD-09-02-RCME-D001 ADJUNTA.

*[Firma Autorizada]*



(415)70998911901(8020)0332048616

TOMADOR

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Wed, 16 Dec 2020 08:44:40

SUCURSAL: 03. CALI USUARIO: AGUIRRE1 TIP CERTIFICADO: Nuevo FECHA DD MM AAAA 16 12 2020

**TOMADOR:** MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO **C.C. O NIT:** 76304363 0  
**DIRECCIÓN:** CL 13 98 10 AP 507 **CIUDAD:** CALI  
**E-MAIL:** jama343@hotmail.com **TELÉFONO:** 3729977  
**ASEGURADO:** MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO **C.C. O NIT:** 76304363 0  
**DIRECCIÓN:** CL 13 98 10 AP 507 **CIUDAD:** CALI **TEL:** 3729977  
**BENEFICIARIO:** TERCEROS AFECTADOS **C.C. O NIT:** 082740  
**DIRECCIÓN:** 0 **CIUDAD:** 0 **TEL:** 0

| VIGENCIA         |                  | VALOR ASEGURADO EN PESOS |                   |                |
|------------------|------------------|--------------------------|-------------------|----------------|
| DD MM AAAA       | DD MM AAAA       | ANTERIOR                 | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA          |
| DESDE 16 12 2020 | HASTA 16 12 2021 |                          |                   | 200,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO |                        | COASEGURO |   | PRIMA             |        |            |
|---------------|------------------------|-----------|---|-------------------|--------|------------|
| %             | NOMBRE                 | COMPañIA  | % | TRM               | MONEDA | VALORES    |
| 100.00        | DIRECTO - SEGUROS CONF |           |   | PRIMA             | PESOS  | 220,000.00 |
|               |                        |           |   | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS  | 0.00       |
|               |                        |           |   | IVA               | PESOS  | 41,800.00  |
|               |                        |           |   | TOTAL             |        | 261,800.00 |

| AMPAROS                             | VIGENCIA   |            | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE |              |
|-------------------------------------|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|--------------|
|                                     | Desde      | Hasta      |                                   |                                |                      | %         | Mínimo       |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES M | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00                              | 200,000,000.00                 | 220,000.00           | 10.00     | 3,500,000.00 |
| Lucro Cesante - Vigencia            | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00                              | 200,000,000.00                 | 0.00                 | 10.00     | 3,500,000.00 |
| Lucro Cesante - Evento              | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00                              | 200,000,000.00                 | 0.00                 | 10.00     | 3,500,000.00 |
| Gastos Judiciales - Vigencia        | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00                              | 40,000,000.00                  | 0.00                 | 10.00     | 1,500,000.00 |
| Gastos Judiciales - Evento          | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00                              | 40,000,000.00                  | 0.00                 | 10.00     | 1,500,000.00 |

**SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA**

**OBJETO DE LA POLIZA:**  
 INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE, LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUEDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

**PROFESION: MEDICO INTERNISTA NEFROLOGO**

LA PRESENTE POLIZA NO SE EXTIENDE A CUBRIR NINGUN TIPO DE LESION, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, PAGO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER TIPO, YA SEA REAL O PRESUNTO, QUE DERIVE DE UNA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER MODO RELACIONADO CON O EN CONEXION CON: BROTE; EPIDEMIA; VIRUS; PANDEMIA Y/O EMERGENCIA PUBLICA DECLARADA; ENFERMEDADES INFECCIOSAS; TRANSMISIBLES Y/O CONTAGIOSAS (SE TRATEN DE MANIFESTACIONES REALES O DE SOSPECHA).

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PERDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA POLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PERDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUEDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCION, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.  
 ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.  
 LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA 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 DE SEGURO.  
 LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACERLA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.  
 LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.  
 CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.  
 "VER NOTA" EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.  
 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-IV.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.  
 SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.  
 LA PRESENTACIÓN DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.  
 AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE POLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.  
 EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 01342015-1308-P06-SU-OD-09-02-RCME-000) ADJUNTA.

*[Firma Autorizada]*

**TOMADOR**  **COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**  
 SU-FO-10-01 (415)7709998911901(8020)0332048616



CONFIANZA

Swiss Re  
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

# RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MEDICAS

Póliza 03 RM042217  
CERTIFICADO 03 RM048616

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0332048616

DD MM AAAA  
16 12 2020

SUCURSAL: 03. CALI

USUARIO: AGUIRRE1

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

TOMADOR: MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO

C.C. O NIT: 76304363

0

DIRECCIÓN: CL 13 98 10 AP 507

CIUDAD: CALI

E-MAIL: jama343@hotmail.com

TELÉFONO: 3729977

ASEGURADO: MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO

C.C. O NIT: 76304363

0

DIRECCIÓN: CL 13 98 10 AP 507

CIUDAD: CALI

TEL. 3729977

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

C.C. O NIT: 082740

DIRECCIÓN: 0

CIUDAD: 0

TEL. 0

## VIGENCIA

## VALOR ASEGURADO EN PESOS

| DD MM AAAA       | DD MM AAAA       | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA          |
|------------------|------------------|----------|-------------------|----------------|
| DESDE 16 12 2020 | HASTA 16 12 2021 |          |                   | 200,000,000.00 |

## INTERMEDIARIO

## COASEGURO

## PRIMA

| %      | NOMBRE                 | COMPANIA | % | TRM               | MONEDA | VALORES    |
|--------|------------------------|----------|---|-------------------|--------|------------|
| 100.00 | DIRECTO - SEGUROS CONF |          |   | PRIMA             | PESOS  | 220,000.00 |
|        |                        |          |   | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS  | 0.00       |
|        |                        |          |   | IVA               | PESOS  | 41,800.00  |
|        |                        |          |   | TOTAL             |        | 261,800.00 |

## AMPAROS

## VIGENCIA

## VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS

## VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS

## VALOR PRIMA EN PESOS

## DEDUCIBLE

| Desde                               | Hasta      |            |      |                | %          | Mínimo             |
|-------------------------------------|------------|------------|------|----------------|------------|--------------------|
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES M | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00 | 200,000,000.00 | 220,000.00 | 10.00 3,500,000.00 |
| Lucro Cesante - Vigencia            | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00 | 200,000,000.00 | 0.00       | 10.00 3,500,000.00 |
| Lucro Cesante - Evento              | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00 | 200,000,000.00 | 0.00       | 10.00 3,500,000.00 |
| Gastos Judiciales - Vigencia        | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00 | 40,000,000.00  | 0.00       | 10.00 1,500,000.00 |
| Gastos Judiciales - Evento          | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00 | 40,000,000.00  | 0.00       | 10.00 1,500,000.00 |

## SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

## OBJETO DE LA POLIZA:

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE, LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

## PROFESION: MEDICO INTERNISTA NEFROLOGO

LA PRESENTE POLIZA NO SE EXTIENDE A CUBRIR NINGUN TIPO DE LESION, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, PAGO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER TIPO, YA SEA REAL O PRESUNTO, QUE DERIVE DE UNA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER MODO RELACIONADO CON O EN CONEXION CON: BROTE; EPIDEMIA; VIRUS; PANDEMIA Y/O EMERGENCIA PUBLICA DECLARADA; ENFERMEDADES INFECCIOSAS; TRANSMISIBLES Y/O CONTAGIOSAS (SE TRATEN DE MANIFESTACIONES REALES O DE SOSPECHA).

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PERDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PERDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

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 DE SEGURO.

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

\*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES IVA - REGIMEN COMÚN AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: (i) TOMADOR Y/O, (ii) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCADA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 01042015-1308-P06-SU-00-05-02-RCME-D001 ADJUNTA.

*[Firma Autorizada]*



TOMADOR

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Wed, 16 Dec 2020 08:44:41

SUCURSAL: 03. CALI

USUARIO: AGUIRRE1

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

**TOMADOR:** MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO **C.C. O NIT:** 76304363 0

**DIRECCIÓN:** CL 13 98 10 AP 507 **CIUDAD:** CALI

**E-MAIL:** jama343@hotmail.com **TELÉFONO:** 3729977

**ASEGURADO:** MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO **C.C. O NIT:** 76304363 0

**DIRECCIÓN:** CL 13 98 10 AP 507 **CIUDAD:** CALI **TEL:** 3729977

**BENEFICIARIO:** TERCEROS AFECTADOS **C.C. O NIT:** 082740

**DIRECCIÓN:** 0 **CIUDAD:** 0 **TEL:** 0

| VIGENCIA         |                  |          | VALOR ASEGURADO EN PESOS |                |  |
|------------------|------------------|----------|--------------------------|----------------|--|
| DD MM AAAA       | DD MM AAAA       | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN        | NUEVA          |  |
| DESDE 16 12 2020 | HASTA 16 12 2021 |          |                          | 200,000,000.00 |  |

| INTERMEDIARIO |                        | COASEGURO |   |  | PRIMA             |        |            |
|---------------|------------------------|-----------|---|--|-------------------|--------|------------|
| %             | NOMBRE                 | COMPANÍA  | % |  | TRM               | MONEDA | VALORES    |
| 100.00        | DIRECTO - SEGUROS CONF |           |   |  | PRIMA             | PESOS  | 220,000.00 |
|               |                        |           |   |  | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS  | 0.00       |
|               |                        |           |   |  | IVA               | PESOS  | 41,800.00  |
|               |                        |           |   |  | TOTAL             |        | 261,800.00 |

| AMPAROS                             | VIGENCIA   |            | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE |              |
|-------------------------------------|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|--------------|
|                                     | Desde      | Hasta      |                                   |                                |                      | %         | Mínimo       |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES M | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00                              | 200,000,000.00                 | 220,000.00           | 10.00     | 3,500,000.00 |
| Lucro Cesante - Vigencia            | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00                              | 200,000,000.00                 | 0.00                 | 10.00     | 3,500,000.00 |
| Lucro Cesante - Evento              | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00                              | 200,000,000.00                 | 0.00                 | 10.00     | 3,500,000.00 |
| Gastos Judiciales - Vigencia        | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00                              | 40,000,000.00                  | 0.00                 | 10.00     | 1,500,000.00 |
| Gastos Judiciales - Evento          | 16-12-2020 | 16-12-2021 | 0.00                              | 40,000,000.00                  | 0.00                 | 10.00     | 1,500,000.00 |

**SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA**

**OBJETO DE LA POLIZA:**

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE, LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUEDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

**PROFESION: MEDICO INTERNISTA NEFROLOGO**

LA PRESENTE POLIZA NO SE EXTIENDE A CUBRIR NINGUN TIPO DE LESION, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, PAGO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER TIPO, YA SEA REAL O PRESUNTO, QUE DERIVE DE UNA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER MODO RELACIONADO CON O EN CONEXION CON: BROTE; EPIDEMIA; VIRUS; PANDEMIA Y/O EMERGENCIA PUBLICA DECLARADA; ENFERMEDADES INFECCIOSAS; TRANSMISIBLES Y/O CONTAGIOSAS (SE TRATEN DE MANIFESTACIONES REALES O DE SOSPECHA).

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARCOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPANÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PERDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA POLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PERDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUEDIERE EXPONER A LA COMPANÍA A ALGUNA SANCION, PROHIBICION O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS. LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMPANÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA 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 OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO.

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARATULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASI COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAIS.

\*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 231.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGUN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 231.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-IVA.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C.

SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISION QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACION ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA, DICHA REMUNERACION ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.

AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE POLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASI COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TERMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 016422015-1308-P08-SU-OD-09-02-RCME-0001 ADJUNTA.

*[Firma Autorizada]*



**TOMADOR**

**COMPANÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFCINA EXPEDIDORA

**CONFIANZA****Swiss Re**  
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0332048616

Nit: 76304363

DV: 0

Tomador: MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO

Póliza: RM042217

Certificado: RM048616

Sucursal: 03

VALOR PÓLIZA:\$ 261,800.00

FECHA DE PAGO: DD MM AAAA

**Canales de Pago:**

-PSE en nuestra pagina web [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

-En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

**Bancos:**

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

**Corresponsales bancarios:**

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Baloto código 9595955369

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsales Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full carga

| CANTIDAD DE CHEQUES      | COD. BANCO | CHEQUE No.   | VALOR |
|--------------------------|------------|--------------|-------|
| <input type="checkbox"/> |            |              |       |
|                          |            |              |       |
|                          |            |              |       |
|                          |            | CHEQUES \$   |       |
|                          |            | EFFECTIVO \$ |       |
|                          |            | (*) TOTAL    |       |



(415)7709998911901(8020)0332048616

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a éste le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(\*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

**- CLIENTE -**Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia. [centrodecontacto@confianza.com.co](mailto:centrodecontacto@confianza.com.co)**CONFIANZA****Swiss Re**  
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0332048616

Nit: 76304363

DV: 0

Tomador: MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO

Póliza: RM042217

Certificado: RM048616

Sucursal: 03

VALOR PÓLIZA:\$ 261,800.00

FECHA DE PAGO: DD MM AAAA

**Canales de Pago:**

-PSE en nuestra pagina web [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

-En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

**Bancos:**

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

**Corresponsales bancarios:**

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Baloto código 9595955369

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsales Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full carga

| CANTIDAD DE CHEQUES      | COD. BANCO | CHEQUE No.   | VALOR |
|--------------------------|------------|--------------|-------|
| <input type="checkbox"/> |            |              |       |
|                          |            |              |       |
|                          |            |              |       |
|                          |            | CHEQUES \$   |       |
|                          |            | EFFECTIVO \$ |       |
|                          |            | (*) TOTAL    |       |



(415)7709998911901(8020)0332048616

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a éste le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(\*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

**- BANCO -**Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia. [centrodecontacto@confianza.com.co](mailto:centrodecontacto@confianza.com.co)





COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. "CONFIANZA"

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL  
PARA PROFESIONES MÉDICAS**

|            |                  |        |
|------------|------------------|--------|
| ASEGURADO: |                  |        |
| NIT:       | VALOR ASEGURADO: | PRIMA: |

## I. COBERTURA

Mediante el presente anexo y no obstante lo que se establece en las condiciones generales del seguro se ampara la responsabilidad civil contractual y extracontractual en que pudiese incurrir el asegurado a consecuencia de negligencia o impericia en el ejercicio de una profesión médica, si el siniestro referente ocurriese dentro del período de vigencia del seguro.

## II. EXCLUSIONES

En adición a lo estipulado en las condiciones generales del presente seguro, quedan excluidas las reclamaciones provenientes de:

- a. Daños Genéticos.
- b. Daños sufridos por cualquier persona que ejerza actividades profesionales científicas en el establecimiento o local del asegurado y que por el ejercicio de esta se encuentre expuesta a los riesgos de rayos x y radiación materia de este amparo.
- c. Daños por el ejercicio de profesiones médicas con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica; en el caso de la cirugía plástica o estética, únicamente se ampara la reconstructiva por lesiones accidentales y la reconstructiva de anomalías congénitas.
- d. Servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de intoxicantes, narcóticos o bebidas alcohólicas.
- e. En el caso de odontólogos y ortodoncistas: daños causados por aplicación de anestesia general, no aplicada en centro hospitalario idóneo.
- f. Daños o perjuicios **que no sean consecuencia** directa o de un daño personal o material, por ejemplo: perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes parciales, violación de secreto profesional.
- g. La obtención de reembolso de honorarios profesionales.
- h. Daños y perjuicios causados directamente por productos farmacéuticos.
- i. Daños causados a personas que tienen una relación laboral con el Asegurado, cuando tales reclamos se presenten como consecuencia de un servicio prestado.
- j. Reclamaciones por daños genéticos. Así mismo, no están cubiertas reclamaciones como

consecuencia de una infección con el virus tipo HIV (SIDA), incluyendo cualquier tipo de lesiones y perjuicios causados directamente por transfusiones sanguíneas.

### III. EXTENSIÓN DE COBERTURA

Además de lo anteriormente estipulado, en alcance del presente seguro se extiende a cubrir la responsabilidad civil contractual y extracontractual imputable al asegurado.

1. Por la posesión y el uso de aparatos y por los tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica y no se encontraren comprendidos en el punto 3o. de estas condiciones particulares.
2. Derivada de los actos u omisiones cometidas por personal bajo relación laboral con el Asegurado, en ejercicio de sus respectivas funciones al servicio del mismo.
3. Derivada de la posesión y uso de los aparatos de rayos X, con fines de diagnóstico y mediante convenio expreso la ocasionada por:
  - a. La posesión y uso de:
    - Aparatos generadores de rayos por aceleración de partículas incluyendo aparatos de rayos X que, aún ocasionalmente, se utilicen para fines terapéuticos.
    - Aparatos generadores de rayos láser.
  - b. La posesión o aplicación a pacientes de materias radioactivas naturales o artificiales:
    - En aparatos donde esté incorporado un irradiador (Isótopo)
    - Otras materias radioactivas.
    - Equipos de tomografía por ordenador (Scanner)

4. Derivada de la sustitución provisional que del asegurado efectuare otro médico que ejerza la misma especialidad que la del asegurado, sin incluir la responsabilidad civil profesional propia del médico sustituyente.

5. Por daños materiales o personales, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios (ejemplo: el consultorio y las respectivas oficinas), en que se desarrollan las actividades propias de la profesión médica materia de este seguro y que figuran en la carátula de la póliza.

- Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas necesarias.

### IV. NULIDAD

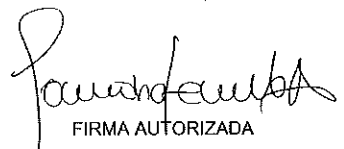
El presente seguro será nulo, cuando la profesión médica y su ejercicio no gocen de la tutela del estado o cuando, al momento de celebrarse el contrato, el Asegurado no sea totalmente hábil para ejercerla profesión.

### V. TERMINACIÓN

Adicionalmente a lo previsto en las Condiciones Generales el presente Seguro terminará cuando el Asegurado sea legalmente inhabilitado para ejercer su profesión.

Lo anterior queda sujeto a los términos, limitaciones y estipulaciones del seguro que no hayan sido específicamente modificados en el texto de esta póliza.

Para constancia de todo lo expresado se firma la presente Póliza en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

  
FIRMA AUTORIZADA

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A  
CONFIANZA

**CONFIANZA**
**Swiss Re**  
 Corporate Solutions

KIT: 860.070.374-9

**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MEDICAS**

Página 1

PÓLIZA 03 RM027067

CERTIFICADO 03 RM031497

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0332031497

DD MM AAAA  
08 11 2017

SUCURSAL: 03. CALI

USUARIO: MIRANDAM

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

TOMADOR: MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO

C.C. O NIT: 76304363

DIRECCIÓN: CL 13 98 10 AP 507

CIUDAD: CALI

E-MAIL:

TELÉFONO: 3729977

ASEGURADO: MUÑOZ ACOSTA JORGE ALBERTO

C.C. O NIT: 76304363

DIRECCIÓN: CL 13 98 10 AP 507

CIUDAD: CALI

TEL. 3729977

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

C.C. O NIT: 082740

DIRECCIÓN: 0

CIUDAD: 0

TEL. 0

**VIGENCIA****VALOR ASEGURADO EN PESOS**

| DD MM AAAA       | DD MM AAAA       | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA          |
|------------------|------------------|----------|-------------------|----------------|
| DESDE 02 11 2017 | HASTA 02 11 2018 |          |                   | 200,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO |                            | COASEGURO |   |       | PRIMA           |              |            |
|---------------|----------------------------|-----------|---|-------|-----------------|--------------|------------|
| %PART         | NOMBRE                     | COMPANIA  | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM          | MONEDA     |
| 100.00        | DIRECTO - SEGUROS CONFIANZ |           |   |       |                 |              |            |
|               |                            |           |   |       |                 | PRIMA        | PESOS      |
|               |                            |           |   |       |                 | GAST. EXPED. | PESOS      |
|               |                            |           |   |       |                 | IVA          | PESOS      |
|               |                            |           |   |       |                 | TOTAL        |            |
|               |                            |           |   |       |                 |              | VALORES    |
|               |                            |           |   |       |                 |              | 168,000.00 |
|               |                            |           |   |       |                 |              | 0.00       |
|               |                            |           |   |       |                 |              | 31,920.00  |
|               |                            |           |   |       |                 |              | 199,920.00 |

| AMPAROS                                  | VIGENCIA   |            | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE |              |
|------------------------------------------|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|--------------|
|                                          | Desde      | Hasta      |                                   |                                |                      | %         | Mínimo       |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MEDICA | 02-11-2017 | 02-11-2018 | 0.00                              | 200,000,000.00                 | 140,000.00           | 10.00     | 3,500,000.00 |
| Gastos Judiciales - Vigencia             | 02-11-2017 | 02-11-2018 | 0.00                              | 40,000,000.00                  | 28,000.00            | 10.00     | 1,500,000.00 |
| Gastos Judiciales - Evento               | 02-11-2017 | 02-11-2018 | 0.00                              | 20,000,000.00                  | 0.00                 | 10.00     | 1,500,000.00 |

**OBJETO DE LA POLIZA:**

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

PROFESION :MEDICO INTERNISTA.

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

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 DE SEGURO.

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOZCO DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.CO.LC, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

“VER NOTA” EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2585 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE UOQUERÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-IVA-REGIMEN COMÚN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TONAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762004374601 10/08/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 029788 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770988911801(8020)0332031497

TOMADOR

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-1001

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFCINA EXPEDIDORA

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Wed, 8 Nov 2017 10:28:40

| DATOS DE LA PLANILLA |      |                   |      |               |                       |                 |               |
|----------------------|------|-------------------|------|---------------|-----------------------|-----------------|---------------|
| PERIODO COTIZACIÓN   |      |                   |      | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | TOTAL A PAGAR |
| SALUD                |      | DIFERENTE A SALUD |      |               |                       |                 |               |
| MES                  | AÑO  | MES               | AÑO  |               |                       |                 |               |
| 2                    | 2018 | 2                 | 2018 | 1             | 02/02/2018            | 25370720        | \$3.598.400   |

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                      |                    |  | INFORMACIÓN INNOVADORA |           |        |           |           |           |           |           |           |           | PENSION   |           |           |           |           | SALUD     |           |           | RECURSOS LABORALES |           |           | CCF       |           | PARAFISCALES |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |             |
|-----------------------|----------------------|--------------------|--|------------------------|-----------|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Tipo                  | Nº de identificación | Apellidos y Nombre |  | Código                 | Empleados | Cédula | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados          | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados    | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados | Empleados</ |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                            |                            |                    |                          |                                           |
|-----------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE           | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO           | CORREO                   | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 76504363           | JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA | CALLE 13 98 10 APTQ<br>507 | 37293977           | mdajaramillo@hotmail.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SICURSAL         | DIVISIÓN                   | CIUDAD / MUNICIPIO |                          |                                           |
| ÚNICA                 | 1 – Independiente  |                            | VALLE DEL CAUCA            | CALI               |                          | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |      |                   |      |               |                       |                 |               |
|----------------------|------|-------------------|------|---------------|-----------------------|-----------------|---------------|
| PERIODO COTIZACIÓN   |      |                   |      | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | TOTAL A PAGAR |
| SALUD                |      | DIFERENTE A SALUD |      |               |                       |                 |               |
| MES                  | AÑO  | MES               | AÑO  |               |                       |                 |               |
| 2                    | 2018 | 2                 | 2018 | 1             | 02/02/2018            | 25370720        | \$3.589.400   |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**[illegible]**TOTALS PENSION**

| TOTALES PENSION |          |             |                        |                            |                             |                          |                             |                      |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsolidaridad | Días Mora Cotización | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 000224908-8 | 1.800.200              | 0                          | 0                           | 56.400                   | 56.400                      | 0                    | 0                     | 0              | 1.916.000     | 1             |

**"TOTALES RIESGOS LABORALES"**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Cuota Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-28                     | ARP Sura | 802295181-3 | 274.600                |                  |       |                        | 274.600               | 0         | 0                     | 274.600             |                            |                     | 2.746             | 274.600       | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| <b>TOTALES CAJAS</b> |               |            |                     |                  |                           | <b>Total a Pagar</b> | <b>No. Afiliados</b> |
|----------------------|---------------|------------|---------------------|------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Código CCF</b>    | <b>Nombre</b> | <b>NIT</b> | <b>Valor Aporte</b> | <b>Días Mora</b> | <b>Valor Mora Aportes</b> |                      |                      |
|                      |               |            |                     |                  |                           |                      |                      |

**TOTALES PARAFISCALES**

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| BENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MIEN                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                   |                                        |                  |
|------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------|
| Tipos Administradores  | No. Administradores<br>Requeridos | Valor antes de IGE, LMA,<br>IRP y Hora | Total a Pagar    |
| Subid                  | 1                                 | 1,408,800                              | 1,408,800        |
| Pensión                | 1                                 | 1,916,000                              | 1,916,000        |
| Riesgos Laborales      | 1                                 | 274,800                                | 274,800          |
| OCF                    | 0                                 | 0                                      | 0                |
| ESAP                   | 0                                 | 0                                      | 0                |
| ICBF                   | 0                                 | 0                                      | 0                |
| MEN                    | 0                                 | 0                                      | 0                |
| SENA                   | 0                                 | 0                                      | 0                |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                          | <b>3,599,400</b>                       | <b>3,599,400</b> |

# Referencia Bancaria

Jueves, 22 de Febrero de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA identificado(a) con CC 76304363, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto   | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|-------------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTA DE AHORROS | 82975285266  | 2011/10/19     | ACTIVA |

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 381 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

*le estamos poniendo el alma*

**Bancolombia**



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.  
NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **76,304,363**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Abril de 2018.

---

Gerente de Clientes

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **76304363** aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 76304363                        |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA         |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 01-03-2017                         |
| FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA   | VIGENTE                            |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 56                                 |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS   | 0                                  |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 51                                 |

\*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 10/04/2018

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR  
SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS**



Medellín, 11 de marzo de 2021

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA identificado(a) con cédula de ciudadanía 76304363 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 12/03/2021

Fecha fin cobertura: 31/12/2021

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>FABISALUD IPS SAS N900951033</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL                   |
| <b>CLASE DE RIESGO:</b> 3 <b>PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:</b> 2,436%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>CENTRO DE TRABAJO:</b> 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>CLASE:</b> 3 <b>PORCENTAJE:</b> 2,436% <b>TIPO COTIZANTE:</b> INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL |
| <b>CODIGO DE ACTIVIDAD:</b> 3851101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>CLASE DE RIESGO:</b> 3 <b>PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:</b> 2,436%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

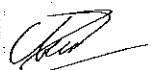
**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

null

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

11/03/2021 3.39 PM

Medellín, 16 de marzo de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA identificado(a) con cédula de ciudadanía 76304363 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 16/03/2018

**Fecha fin cobertura:** 31/12/2018

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**CLINICA CRISTO REY N900951033**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación: C763043631807528141

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

16/03/2018 7:49 AM



## Administración de Usuarios

Login: ADMIPS900951033 Usuario: MIGUEL ANTONIO NARVAEZ ESCOBAR

Entidad: CLINICA CRISTO REY CALI

Activar Usuarios

Consultar Usuarios

Generar Token

Cambiar Contraseña

Salir

### ACTIVAR USUARIOS

| Usuario    | Tipo Documento | Número Documento | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Registro Profesional |
|------------|----------------|------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|----------------------|
| CC76304363 | CC             | 76304363         | JORGE         | ALBERTO        | MUÑOZ           | ACOSTA           | 14135                |

Entidad

760011074301



| -                                | Código       | Entidad                 |
|----------------------------------|--------------|-------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> | 760011074301 | CLINICA CRISTO REY CALI |

El usuario tiene activados los siguientes roles en la entidad:

Rol

- ☐ Rol\_Anulador  
☐ Rol\_JuntaMedica  
☐ Rol\_Ordenador  
☒ Rol\_Prescriptor

Desactivar usuario

Actualizar roles

**Atención al usuario:** Teléfono en Bogotá D.C. +57(1)589 3750, en el resto del país 018000 960020  
Horario de lunes a viernes 7am a 6pm, sábados de 8am a 1pm jornada continua  
Centro de Contacto al Ciudadano  
Ministerio de Salud y Protección Social

|                                                                                  |                                                                |                   |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|
|  | <b>ENTREGA DE DOTACIÓN, CARNET Y/O ELEMENTOS DE PROTECCIÓN</b> | CÓDIGO:           | GHU-FT-026   |
|                                                                                  |                                                                | VERSIÓN:          | 1            |
|                                                                                  |                                                                | FECHA APROBACIÓN: | MAYO DE 2016 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: X Jorge A. Muñoz A.

**CARNET Y/O ELEMENTOS DE PROTECCIÓN (EPP)**

|                               |    |    |                            |
|-------------------------------|----|----|----------------------------|
| Carnet                        | SI | NO | Fecha: <u>X 23/05/2018</u> |
| Elementos de Protección (EPP) | SI | NO | Fecha: _____               |

Cuales ? : \_\_\_\_\_

**DOTACIÓN**

| Descripción / cantidad    | Aplica (A) / No Aplica (NA) | Talla | Cantidad | Fecha |
|---------------------------|-----------------------------|-------|----------|-------|
| Camisa / Blusa / Camiseta |                             |       |          |       |
| Pañalón                   |                             |       |          |       |
| Calzado                   |                             |       |          |       |

La dotación y/o carnet entregado es de uso obligatorio, personal e intransferible, el no porte o el uso indebido de la misma será considerado un incumplimiento a sus funciones y una violación a la relación contractual establecida con la organización.

Los elementos de protección deben ser usado durante el tiempo en el cual desempeñe sus labores y se encuentre expuesto a un riesgo, así como a mantenerlos en buen estado. Usando los elementos de protección estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la Ley a través de la normatividad a saber CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Art. 56, Ley 9 de 1979. Art. 88 Ley 1562 de 2012. Art 27, Resolución 2400 de 1979 entre otras.

En caso de pérdida me comprometo a comprarlo nuevamente y en caso de reposición por deterioro debo solicitarlo a la coordinadora de seguridad y salud en el trabajo, para lo cual debo llevar mi elemento de protección personal deteriorado.

**El trabajador manifiesta que:**

La dotación y/o carnet que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, si finaliza el contrato o se realiza la entrega de una nueva dotación de uniformes o EPP y carnet, me comprometo a hacer la devolución de los mismos.

- En caso de daño de la dotación o parte de ella por mal uso, el trabajador debe devolverla a la empresa y asumir los costos de su arreglo.
- En caso de pérdida del carnet tendrá un costo de \$10.000 Mcte

El trabajador autoriza expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

Doris Heriberto Cuevas U.  
Nombre del Responsable de entrega

X Jorge A. Muñoz A.  
Firma del trabajador que recibe  
Xcc: 76.304.365  
X Cargo: MD-Internista (reprobo)



Brenda Johanna Álvarez Trujillo &lt;generalista.ghips@clinicacristorey.com.co&gt;

**DOCUMENTACIÓN PENDIENTE MEDICO INTERNISTA Y NEFROLOGO JORGE MUÑOZ**

1 mensaje

**Brenda Johanna Álvarez Trujillo** <generalista.ghips@clinicacristorey.com.co>

12 de mayo de 2020, 11:50

Para: jama347@hotmail.com

Cc: Michel Andrea Henao Campo &lt;asisdirmedico@clinicacristorey.com.co&gt;, Alexis Fernando Contreras Castro &lt;dir.medico@clinicacristorey.com.co&gt;, Favian Alejandro Cordon &lt;contratos.especialistasps@clinicacristorey.com.co&gt;, Lina del Pilar Bonilla Patarroyo &lt;jefe.ghumana@clinicacristorey.com.co&gt;

Buen día, Señor Jorge Muñoz

Desde el área de Gestión Humana de la Clínica Cristo Rey le recordamos la documentación pendiente para adjuntar a su hoja de vida:

1. Certificado de tribunal de ética médica vigente (recuerde que se vence cada año).
2. Póliza de responsabilidad civil por cobertura de 800 millones de pesos vigente.
3. Certificado de Reanimación Cardio Pulmonar.

Muchas gracias, quedo atenta a la recepción de los documentos, los siguientes pueden ser enviados por este medio.

**Brenda Johanna Álvarez Trujillo***Generalista de Gestión Humana*

generalista.ghips@clinicacristorey.com.co

**Sede: Unidad Básica de Atención, Tequendama****Dirección: Carrera 41 #5b-89**

Último ingreso exitoso: 2020-12-01 / 04:02:54 PM | Último ingreso fallido: 2019-09-02 / 06:43:48 AM

Periodo Baseline: Noviembre 2020, Periodo Salud: Noviembre 2020.

Setiembre 1 de 2020 / 4:07 PM

Início • Planilhas • Resúmen de página

## Platillos / Resumen de pago

### Información básica de la planilla

**Empresa:** JORGE ALBERTO MUÑOZ ACOSTA

Nit: 76304363

Tipo planilla:

Periodo liquidación Pensiones      Noviembre 2020

**Sucursal o Dependencia:** PRINCIPAL

Periodo liquidación Salud: Noviembre 2020

Número de radicación: 46993261

**Total a pagar:** **\$3,640,800**

**Fecha de vencimiento:** 15/12/2020

**Total de empleados:** 1

Fecha de pago: 01/12/2020

Número de administradoras: 3

### Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar Ol

Nit recaudo: 9998600669427

**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Medio de pago: ☐ Pago Electronico por PSE

**Banco:** BANCOLOMBIA

Número de aprobación: 817789443

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| Estado de la transacción: | Transacción aprobada |
|---------------------------|----------------------|

**Totales**[illegible]

\*El desagotó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

» Ver planillas pagadas

Este documento está clasificado como **PRIVADO** por parte de Compensar Operador de Información

Requiere verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)

11.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{3} = \frac{1}{6}$

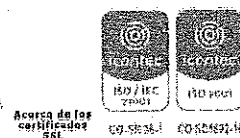
<https://www.miplanilla.com/>

Todos los derechos reservados © 2020 . Colapensar - Canal 8 A.



**Centenario Valle**  
1910-2010

cólicámara



Powered by



D

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14638735

PADILLA GARRIDO

APELLIDOS

JUAN JACOBO

NOMBRES

*[Handwritten signature]*  
FIRMA



*De 14  
San D.*



IMP. DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1984

CALI  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79  
ESTATURA

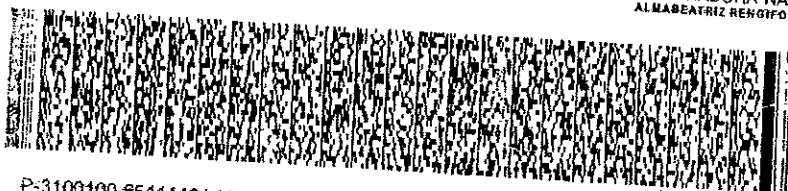
AB+  
G.S. RH

M  
SEXO

16-ENE-2003 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Signature]*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMASEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-3100100-65114484-M-0014638735-20030605

02711031580 01 141429481

D

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14638735

PADILLA GARRIDO  
APELLIDOS

JUAN JACOBO  
NOMBRES

*[Handwritten signature]*  
FIRMA



IMPORTE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1984

CALI  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79  
ESTATURA

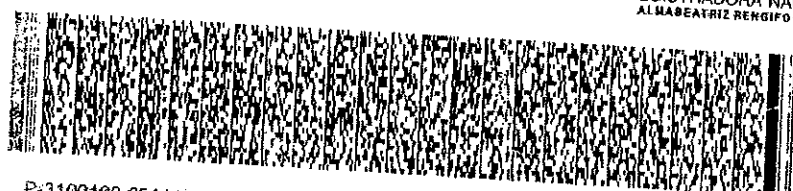
AB+  
G.S. RH

M  
SEXO

16-ENE-2003 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Handwritten signature]*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-3100100-65114484-M-0014638735-20030605

02711031560 01 141429481



D

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14638735

APELLIDOS PADILLA GARRIDO

NOMBRES JUAN JACOBO

MONEDAS

*[Handwritten signature]*  
FIRMA



IMPORTE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1984

CALI  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79  
ESTATURA

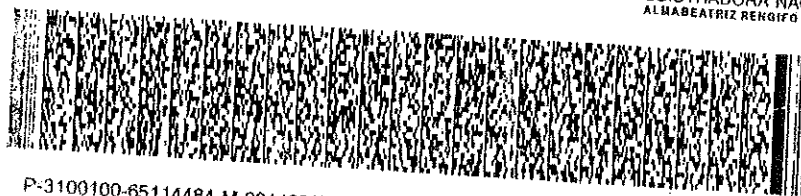
AB+  
G.S. RH

M  
SEXO

16-ENE-2003 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Handwritten signature]*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

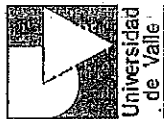


P-3100100-65114484-M-0014638735-20030805

02711031560 01 141429481



República de Colombia  
Ministerio de Educación Nacional



# La Universidad del Valle

Confiere el Título de

**Médico y Cirujano**

a

***Juan Jacobo Padilla Garrido***

Identificado con C.C. 14638735

En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con sello de la  
Institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,  
a los 11 días, del mes de Diciembre de 2009

El Rector

El Decano

062696



# **Universidad del Valle**

## **RECTORÍA**

### **ACTA DE GRADO No 851**

En la ciudad Santiago de Cali del Departamento del Valle del Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 863 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle; el día 11 de Diciembre de 2009, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministro de Educación Nacional, confiere el título de:

### **MÉDICO Y CIRUJANO**

**RG 120346100007600111100 SNIES**

a:

**JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**

*Identificado con C.C. 14638735*

El diploma correspondiente le será entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 863 y anotado en el libro 2 Folio 450 Registro 27 de la Universidad del Valle.

(Fdo) Iván Enrique Ramos Calderón

- Rector

(Fdo) Oscar López Pulecio

- Secretario General

Se firma en Santiago de Cali, el 11 de Diciembre de 2009

**ADM. GLORIA STELLA PÉREZ CUÉLLAR**

Jefa División de Admisiones y Registro Académico

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTIFICACIÓN EN VIRTUD DEL DECRETO No 1024 DE 1982

Universidad  
del Valle

## Sistema de Registro Académico y Admisiones



Información de grado(s) obtenidos(s) a partir del año 1953.

Nombre: **PADILLA GARRIDO JUAN JACOBO**Documento: **C.C. 14638735**

|                 |                   |            |     |      |     |
|-----------------|-------------------|------------|-----|------|-----|
| Título Obtenido | MÉDICO Y CIRUJANO |            |     |      |     |
| Fecha de Grado  | 2009-12-11        | Resolución | 863 | Acta | 851 |

[Consultar Otra Persona](#)Copyright © 2003-2011  
Universidad del ValleDesarrollado por  
Net-Centric y OITEL



**UNIVERSIDAD CES**

*Un compromiso con la excelencia*  
Resolución 111 del 2010 de la Asamblea General

EN ATENCIÓN A QUE

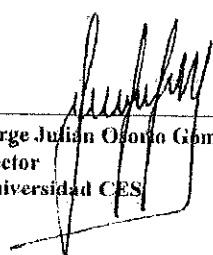
**Juan Jacobo Padilla Garrido**

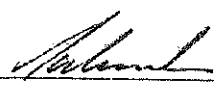
C.C. 14.638.735 de Cali (Valle)

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS  
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

**Especialista en  
Medicina Interna**

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA  
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA  
A LOS 14 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2016.

  
Jorge Julian Orono Gomez  
Rector  
Universidad CES

  
Patricia Chejne Fayad  
Secretaria General  
Universidad CES

  
Jorge Ricardo Posada Saldarriaga  
Decano  
Universidad CES

Registrado en: Folio 406 Número 14019 del 14 de julio de 2016. Acta 14120 del 14 de julio de 2016. Firma: 





**UNIVERSIDAD CES**

*Un compromiso con la excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

**ACTA DE GRADUACIÓN N.º14120**

**Jueves, 14 de julio de 2016**

**Facultad:** Medicina  
**Programa:** Postgrado Clínico Médico  
**Componente:** Medicina Interna  
**Código SNIES:** 9400

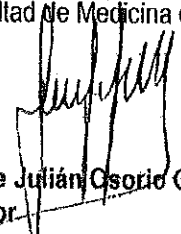
En la ciudad de Medellín, departamento de Antioquia, República de Colombia, el Jueves, 14 de julio de 2016, a las 10:00 horas, en el Teatro de la Universidad CES, se reunieron las directivas de la Universidad CES con el propósito de conferir el título de **Especialista en Medicina Interna** a **Juan Jacobo Padilla Garrido**, con documento de identidad **14.638.735** de **Cali (Valle)**.

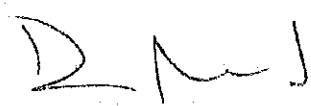
El acto estuvo presidido por el doctor Jorge Julián Osorio Gómez, Rector de la Universidad CES y Presidente de la ceremonia; por el doctor Jorge Ricardo Posada Saldarriaga, Decano de la Facultad de Medicina, y por la doctora Patricia Chejne Fayad, Secretaria General.

Cumplidos los reglamentos y previa toma del juramento correspondiente, el presidente de la ceremonia procedió a la entrega del diploma y acta de grado.

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal, conferida a la Universidad por Resolución 1371 de marzo 22 de 2007 y Resolución Rectoral 664 del viernes, 01 de julio de 2016.

En constancia se firma la presente Acta por los suscritos Rector de la Universidad CES, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CES y la Secretaria General de la Universidad CES.

  
Jorge Julián Osorio Gómez  
Rector

  
Jorge Ricardo Posada Saldarriaga  
Decano Facultad de Medicina

  
Patricia Chejne Fayad  
Secretaria General

El diploma fue registrado en: Folio 406, Número 14019, del Jueves, 14 de julio de 2016. Firma: 





**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2009

AyR-8418

Medellín, 19 de febrero de 2018

Señor (a)  
Maria Camila Triana  
Psicóloga  
Clínica Cristo Rey

Una vez consultada la base de datos de los egresados, el CES da respuesta a la solicitud hecha por usted, en la que solicita la verificación académica del siguiente profesional:

| Nombres y Apellidos         | Documento | Acta  | Título                              | Fecha de grado<br>(DD/MM/AAA) |
|-----------------------------|-----------|-------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Juan Jacobo Padilla Garrido | 14638735  | 14120 | Especialista en Medicina<br>Interna | 14.07.2016                    |

*Beatriz E. Guzmán A.*  
Beatriz Elena Guzmán Arismendy  
Jefe Admisiones y Registros

Yennifer R.

**CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS MÉDICAS**  
**CEEM EDUCACIÓN CONTINUA - NIT.1130637319-1**  
*Educación informal Decreto 4904 / 2009 Ministerios de Educación*

**HACE CONSTAR QUE**

**JUAN JACOB PADILLA GARRIDO**

CC. 14.638.735

**ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL PROGRAMA ACADÉMICO DE**  
**SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO**

**CORFORME A LOS ÚLTIMOS LINEAMIENTOS DE LA AHA, ERC Y RESOLUCIÓN 2003/2014**  
**CON UNA INTESIDAD DE 48 HORAS**

*Para constancia se firma en la ciudad de Cali a los 10 Y 11 días del mes de Julio del año 2019*

**VICTOR RUIZ HERNÁNDEZ**  
*Director Académico*

Registro de curso #110719.02





**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA  
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD**

**RESOLUCIÓN No. 7.6 - 2600**

**19 MAY 2011**

Por la cual se concede una autorización para el Ejercicio de una Profesión.

El Profesional Especializado, de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo en lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de Agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000, la resolución 4313 del 23 de octubre de 2003 y

**CONSIDERANDO**

Que Juan Jacobo Padilla Garrido identificado con la Cédula de Ciudadanía No.14638735 expedida en Cali-Valle, ha solicitado autorización para ejercer como, Médico y Cirujano según título que le otorgó La Universidad del Valle en Cali, el 11 de diciembre de 2009.

Que dicho título se encuentra registrado en La Universidad del Valle en Cali Anotado en Folio 0 Libro No.2 de 11 de diciembre de 2009

Que prestó el Servicio Social Obligatorio en el Hospital San Vicente Ferrer ESE en el municipio de Andalucía-Valle, desde el 23 de abril de 2010 hasta 22 de abril de 2011

En consideración éste Despacho,

**RESUELVE**

**ARTICULO PRIMERO** Autorizar a Juan Jacobo Padilla Garrido, para ejercer como Médico y Cirujano en todo el Territorio Nacional.

**ARTICULO SEGUNDO** Esta Resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

  
**JOSE MARIA MATERON MUÑOZ**

Profesional Especializado

*Ela. María Nohelia Mosquera*






**IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD**

**JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**

**C.C. o C.E 14638735**

Profesión u Ocupación  
**MEDICO Y CIRUJANO**

Especialidad  
**MEDICINA INTERNA**

Institución de Educación  
**U. DEL VALLE**

Ciudad **CALI**

Fecha de expedición diploma **11/12/2009**

Fecha de inscripción RETHUS **19/09/2010**

**CMC2010-12248**





**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**  
**IDENTIFICACION UNICA DEL**  
**TALENTO HUMANO EN SALUD**

Registro No.

Libertad y Orden

Profesión u Ocupación **76 2600/2011**  
**MEDICO**

Nombres y Apellidos  
**PADILLA GARRIDO JUAN JACOBO**

C.C. o C.E. **CC 14638735**

De **CALI**

Institución de Educación **U. DEL VALLE**

Ciudad **CALI**

Código **68839/76**

Fecha de Expedición **18/07/2011**



EL SECRETARIO ADMINISTRATIVO DEL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE  
DEL CAUCA

HACE CONSTAR:

Que revisados los Libros Radicadores de procesos disciplinarios, NO SE ENCONTRARON ANTECEDENTES SANCIONATORIOS en contra del Dr. JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO, con Cédula de ciudadanía No. 14638735 de Cali y Tarjeta Profesional No. 75-2600/11 de Ministerio de Protección Social, por violación a la Ley 23 de 1981, (Código de Ética Médica).

Dado en Santiago Cali, a los Veinte (20) días del mes de  
Febrero del Dos mil dieciocho (2018).

  
SR. JOHN JAIRO MOSQUERA C.  
Secretario Administrativo

Calle 5, 38 D - 153, Oficina 202, Centro Comercial Imbanaco - PBX - 5589939  
Email: [temvalledelcauca@gmail.com](mailto:temvalledelcauca@gmail.com) - [trib\\_etica medica\\_valle@hotmail.com](mailto:trib_etica medica_valle@hotmail.com)  
<http://www.temvalle.org>  
Santiago de Cali - Valle del Cauca

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1



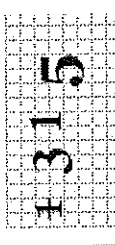
SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES  
Sistema Integral de Información de la Protección Social

### ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nac

|                          |                            |                 |        |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|--------|
| Tipo de Identificación * | Número de Identificación * | Primer Nombre * | Primer |
| Cédula de Ciudadanía     | 14638735                   |                 |        |

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

3831

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2019-12-03→12:17:51 PM

| Tipo           | Nro.           | Primer | Segundo | Primer   | Si |
|----------------|----------------|--------|---------|----------|----|
| Identificación | Identificación | Nombre | Nombre  | Apellido | A  |
| CC             | 14638735       | JUAN   | JACOBO  | PADILLA  | G. |

Información Detallada [CC: 14638735] JUAN JACOBO PADILLA G/

2019-12-03→12:17:51 PM

### Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación               | Fecha desde que ejercer |
|---------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| ESP           | Local                   | ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA | 2016-07-1               |
| UNV           | Local                   | MEDICINA                            | 2011-05-1               |

## ReTHUS

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

Tipo de Identificación \*

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación \*

14638735

Primer Nombre \*

juan

Primer Apellido \*

padilla

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

## Resultado General

| Tipo<br>Identificación | Nro.<br>Identificación | Primer<br>Nombre | Segundo<br>Nombre | Primer<br>Apellido | Segundo<br>Apellido | Detalles            |
|------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| CC                     | 14638735               | JUAN             | JACOBO            | PADILLA            | GARRIDO             | <a href="#">Ver</a> |

## Información Detallada [CC: 14638735] JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO

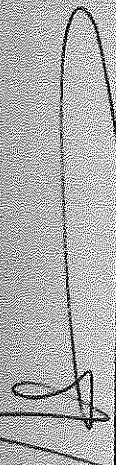
## Información Académica

| Tipo<br>Programa | Origen<br>Obtención<br>Título | Profesión u Ocupación                  | Fecha desde que<br>puede ejercer | Entidad Reportadora                        |
|------------------|-------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|
| ESP              | Local                         | ESPECIALIZACION EN<br>MEDICINA INTERNA | 2016/7/14                        | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO                  |
| UNV              | Local                         | Medicina                               | 2011/5/19                        | MINISTERIO DE SALUD Y<br>PROTECCION SOCIAL |

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

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL  
AREA DE INFORMACION Y ESTADISTICA

TARJETA DE REGISTRO MEDICOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DATOS PERSONALES</b><br>UNIVERSIDAD: <u>UNIVERSIDAD DEL VALLE</u><br>NACIONALIDAD: <u>Colombiana</u><br>TITULO: <u>MEDICO Y CIRUJANO</u><br>ESPECIALIDAD: <u>MEDICINA INTERNA</u><br>DIRECCION CONSULTORIO: <u>CALLE 50 # 38 y 35</u><br><u>Edificio VIDA</u><br><u>TORRE 3 SEPTENTRIONAL 386 5666</u><br>DIRECCION RESIDENCIA: <u>km 24 via cali</u><br><u>Ciudad Ompestre</u><br><u>El Castillo</u><br><u>CASA 59</u><br>TEL <u>3155525187</u> |  | <b>FECHA REGISTRO</b><br>DIA <u>14</u> MES <u>02</u> AÑO <u>18</u>                |  |
| T. PROFESIONAL No: <u>762600/11</u><br>APELLIDO: <u>PASILLA</u><br>NOMBRES: <u>JUAN</u><br><u>JACOBO</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO<br>DIA <u>17</u> MES <u>12</u> AÑO <u>1984</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <u>14638735</u>                                                                   |  |
| FIRMA PROFESIONAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | ENTIDAD (ES) DONDE TRABAJA<br><u>CLINICA DESA</u>                                 |  |



NIT. 860.009.578-6

## CONVENIO SCARE

## INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA INTERNA

| DESCRIPCION           | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL |                     | \$ 1,101,121,200.00 |         |           |
|                       | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,101,121,200.00 |         |           |

DEDUCIBLES: ° 351,121,200.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,101,121,200.00 | PRIMA:         | \$ *****273,409.00 |
| PLAN DE PAGO:         |                          | IVA:           | \$ *****51,947.00  |
| CONTADO               |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****325,356.00 |

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 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



{415} 7709998021167 (8020) 11021101688924 (3900) 000000325356 (96) 20210711

REFERENCIA  
PAGO:

1102110168892-4

[illegible]

**FIRMA AUTORIZADA**

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 11 No. 50 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2156377

TCMAGCR

OLGACASTANEDA





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE

|                                                                |                                                                                                                                                                                                         |                                           |                                                                                                                      |                |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTA, D.C.                           | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93                                                                                                                                                              | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No.<br>62-03-101033609                                                                                        | ANEXO No.<br>2 |
| TOMADOR<br>DIRECCION<br>ASEGURADO<br>DIRECCION<br>BENEFICIARIO | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE<br>KR 15 A NRO. 120 - 74<br>JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO<br>CALLE 44 N°109 - 29 COJUNT. LOS FARALLONES DE LA BOCHA BOLQU<br>TERCEROS AFECTADOS |                                           | NIT 860.020.082-1<br>TELEFONO 6196077<br>CC 14.638.735<br>TELEFONO 3155525187<br>NIT 0-0                             |                |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>19 / 06 / 2019               | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>11 / 07 / 2019<br>HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>11 / 07 / 2020                                                                                   |                                           | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>11 / 07 / 2019<br>HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>11 / 07 / 2020 |                |
| INTERMEDIARIO<br>AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.                 | CLAVE<br>72960                                                                                                                                                                                          | % PARTICIPACION<br>100.00                 | COMPANIA<br>COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACION                                                                      |                |

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA INTERNA

| DESCRIPCION           | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL |                     | \$ 1,081,246,608.00 |         |           |
|                       | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,081,246,608.00 |         |           |

DEDUCIBLES: \* 331,246,608.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,081,246,608.00 | PRIMA:         | \$ *****257,933.00 |
| PLAN DE PAGO:         | CONTADO                  | IVA:           | \$ *****49,007.00  |
|                       |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****306,940.00 |

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 SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA.

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

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30.07.2018.1329.P.06.ERC001A, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11021101381707 (3900) 000000306940 (56) 20200710

REFERENCIA  
PAGO:  
1102110138170-7

62-03-101033609

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 1° No. 93 - 23 Bogotá D.C. Teléfono 2188977

TOMADOR

DLG72960B





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CONVENIO SCORE

|                                                                               |                                                                                                                               |                                               |                                                                                                                              |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Ciudad de Expedición<br><b>BOGOTA, D.C.</b>                                   | SUCURSAL<br><b>FICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE</b>                                                                         | TIPO DE MOVIMIENTO<br><b>EMISION ORIGINAL</b> | POLIZA No.<br><b>62-03-101033609</b>                                                                                         | ANEXO No.<br><b>0</b>               |
| TOMADOR <b>SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCORE</b>      |                                                                                                                               |                                               | NIT                                                                                                                          | <b>860.020.082-1</b>                |
| DIRECCION <b>KR 15 A NRO. 120 -74</b>                                         |                                                                                                                               |                                               | CIUDAD                                                                                                                       | <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT</b> |
| ASEGURADO <b>JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO</b>                                  |                                                                                                                               |                                               | CC                                                                                                                           | <b>14.638.735</b>                   |
| DIRECCION <b>CALLE 44 N°109 - 29 COJUNT. LOS FARALLONES DE LA BOCHA BOLQU</b> |                                                                                                                               |                                               | CIUDAD                                                                                                                       | <b>CALI, VALLE</b>                  |
| BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>                                        |                                                                                                                               |                                               | TELEFONO                                                                                                                     | <b>3155525187</b>                   |
|                                                                               |                                                                                                                               |                                               | NIT                                                                                                                          | <b>0-0</b>                          |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br><b>13 / 07 / 2017</b>                       | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)<br><b>11 / 07 / 2017</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)<br><b>11 / 07 / 2018</b> |                                               | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)<br><b>11 / 07 / 2017</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)<br><b>11 / 07 / 2018</b> |                                     |
| INTERMEDIARIO<br><b>AGENCIA REPASDE SEGUROS LTDA.</b>                         | CLAVE<br><b>72960</b>                                                                                                         | % PARTICIPACION<br><b>100.00</b>              | COMPAÑIA<br><b>COASEGURO CEDIDO</b><br>% PARTICIPACION                                                                       |                                     |

#### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA INTERNA

| DESCRIPCION           | AMPAROS | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|---------|---------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL |         | \$ 1,045,086,800.00 |         |           |
| ERRORES U OMISIONES   |         | \$ 1,045,086,800.00 |         |           |

DEDUCIBLES: \$ 295,086,800.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,045,086,800.00 | PRIMA:         | \$ *****242,857.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO |                          | IWA:           | \$ *****46,142.00  |
|                       |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****288,999.00 |

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 SEGUROSTADO, DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA.

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

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA NINGUNA, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA  
PAGO:  
1102110078869-8

(415) 7709998021167 (8020) 11021100788698 (3900) 000000288999 (96) 20180711

62-03-101033609

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TERMINAR

DLG72960C

Original Principal Cra. 11 No. 93-23 Bogotá D.C. Teléfono 2196977



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                            | TIPO DE MOVIMIENTO                                           | POLIZA No       | ANEXO No.     |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| FICINA. PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE | EMISION ORIGINAL                                             | 62-03-101033609 | 0             |
| TOMADOR                             | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE    | NIT             | 860.020.082-1 |
| DIRECCION                           | KR 15 A NRO. 120 - 24                                        | TELEFONO        | 6196077       |
| ASEGURADO                           | JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO                                  | CC              | 14.638.735    |
| DIRECCION                           | CALLE 44 N°109 - 29 COJUNT. LOS FARALLONES DE LA BOCHA BOLQU | TELEFONO        | 3155525187    |
| BENEFICIARIO                        | TERCEROS AFECTADOS                                           | NIT             | 0-0           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA ASEGURADORA \$ 750.000.000  
DEDUCIBLE PACTADO 400 SMMLV

CONDICIONES GENERALES POLIZA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: DE ACUERDO A CONVENIO

#### AMPAROS:

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR HECHOS RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS DE BENEFICIOS Y REGLAMENTOS IDENTIFICADOS EN EL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA, FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO (AFILIACION ININTERRUMPIDA COMO SOCIO ACTIVO SOLIDARIO DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DEL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA)

2. SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO, CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

#### EXCLUSIONES:

1. NO SE CUBREN AQUELLOS CASOS DE AFILIADOS A FEPASDE QUE NO ESTE AL DIA EN SUS PAGOS AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS: A) FECHA EN QUE HAYA OCURRIDO EL HECHO CAUSAL DE LA ACCION INICIADA EN SU CONTRA O CUANDO EL HECHO CAUSAL O LOS HECHOS CAUSALES HUBIESEN OCURRIDO EN DISTINTAS FECHAS, EL SOCIO DEBE ESTAR A PAZ Y SALVO CON FEPASDE EN TODO MOMENTO. B) FECHA DE LA NOTIFICACION DE LA PROVIDENCIA QUE LO VINCULA AL PROCESO. C) A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS. D) DURANTE EL TIEMPO QUE DURE EL PROCESO HASTA SU CULMINACION.

2. NO SE CUBREN TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO PRACTICADOS POR MEDICOS ESTETICISTAS. AQUELLOS PROCEDIMIENTOS, QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS, PRACTICADOS POR CIRUJANOS PLASTICOS ESTAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN SU COMPETENCIA E IDONEIDAD CON LOS TITULOS OBTENIDOS A TRAVES DE SU FORMACION EN EDUCACION FORMAL, O MEDIANTE ENTRENAMIENTO ESPECIFICO RELACIONADO QUE DEBE SER CERTIFICADO POR UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR DEBIDAMENTE RECONOCIDA POR EL ESTADO COLOMBIANO. NO SE CUBRE EL RESULTADO.

NOTA ACLARATORIA: Como convenio objeto de cobertura se entienden las normas de beneficio establecidas por S.C.A.R.E. - FEPASDE, para socios activos, solidarios de S.C.A.R.E y cuya afiliacin sea ininterrumpida.

#### GARANTIAS:

1. MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.

2. EJERCER UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.



Santiago de Cali, 20 de Febrero del 2018

**LA COORDINADORA DE CONTABILIDAD  
DE CLÍNICA DESA,  
NIT. 900.771.349-7**

**C E R T I F I C A**

Que el Doctor JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO, identificado con Cédula de Ciudadanía Nro. 14.638.735 de Cali - Valle, presta sus servicios como Médico Internista en nuestra institución mediante contrato de Prestación de Servicios desde 26 de Julio del 2016. De acuerdo al contrato se estipula un pago de Noventa Mil Pesos (\$90.000) por Hora con un promedio mensual de Quince Millones Trecientos Noventa y Ocho Mil pesos M/cte. (\$15.398.000)

Por políticas institucionales, las certificaciones de los contratos de prestación de servicios son expedidas por el área de contabilidad.

Atentamente,

**ASNELIA VALENCIA GONZALEZ**

Coordinadora de Contabilidad.

**Nota:** Si requiere confirmar esta certificación puede comunicarse teléfono 485 0115 EXT 150 o al celular 3115116011.

|                 |                        |             |                        |                  |                   |
|-----------------|------------------------|-------------|------------------------|------------------|-------------------|
| Apellidos:      | PADILLA GARRIDO        | No Muestra: | 201305110335           | Fecha Registro:  | 11/may/2013 08:57 |
| Nombres:        | JUAN                   | Origen:     | UT Laboratorio Clínico | Fecha Impresión: | 14/may/2013 08:13 |
| Identificación: | 14638735               | Historia:   | 0000181389             | Orden:           | 0002902920        |
| Sexo/Fec.Nac.:  | Masculino / 17/12/1984 | Empresa:    | NI                     | Episodio:        | 0001430034        |
| Dirección       | CL 13 C 70 87          | Teléfono:   | 3154870                | Página 1 De 1    |                   |

| Analito/Examen<br>Test Name | Resultado<br>Result | Unidades<br>Units | Valor de Ref.<br>Ref. Range | Muestra:<br>Sample: | Validación:<br>Signed Out: |
|-----------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------|
|-----------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------|

**INFECCIOSAS**

ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO  
HEPATITIS B \* 2445.00 UI/L 0 - 9.99 11/05/2013 09:06 11/05/2013 12:03

No Reactiva: Menor a 10 UI/L  
Reactiva : Mayor o Igual a 10 UI/L

Electroquimioluminiscencia

Profesional  
responsable:

Adriana Giovanna Medina Castro Reg.27909-98

**Nota: Todos los resultados de exámenes de laboratorio deben ser evaluados por el médico quien define su relevancia .**

Todos los análisis se validan contra programas de control externo de Calidad del: Colegio Americano de Patólogos (CAP), American Proficiency Institute (API), RIQAS (Randox International Quality Assessment), MLE (American College of Physicians) y Novalab.

# ESQUEMA DE VACUNACIÓN

| VACUNAS               | DOSIS | FECHA |     |      | LOTE    |
|-----------------------|-------|-------|-----|------|---------|
|                       |       | DÍA   | MES | AÑO  |         |
| NEUMOCOCO             |       |       |     |      |         |
| TÉTANO<br>DIFTERIA    | 1ª    |       |     |      |         |
|                       | 2ª    |       |     |      |         |
|                       | Ref   |       |     |      |         |
| V.P.H                 | 1ª    |       |     |      |         |
|                       | 2ª    |       |     | 24   | ASO1    |
|                       | Ref   |       |     | 10   | CRZICCA |
| MENINGOCOCO           | 1ª    |       |     |      |         |
|                       | Ref   |       |     |      |         |
| F. TIFOIDEA           | 1ª    |       |     |      |         |
| HEPATITIS B           | 1ª    |       |     |      |         |
|                       | 2ª    |       |     |      |         |
|                       | 3ª    |       |     |      |         |
| M.M.R                 |       | 09    | SEP | 2009 |         |
| HEPATITIS A           | 1ª    |       |     |      |         |
|                       | 2ª    |       |     |      |         |
| VARICELA              | 1ª    | 09    | SEP | 2009 |         |
|                       | Ref   |       |     |      |         |
| INFLUENZA             |       |       |     |      |         |
| HEXAVALENTE           | 1ª    |       |     |      |         |
|                       | 2ª    |       |     |      |         |
|                       | 3ª    |       |     |      |         |
| NEUMOCOCO<br>PREVENAR | 1ª    |       |     |      |         |
|                       | 2ª    |       |     |      |         |
|                       | 3ª    |       |     |      |         |
|                       | Ref   |       |     |      |         |
| ROTAVIRUS             | 1ª    |       |     |      |         |
|                       | Ref   |       |     |      |         |
| DPT a                 |       | 09    | SEP | 2009 |         |

VACUNACION  
CRUZ ROJA COLOMBIANA  
SECCIONAL VALLE DEL CAUCA  
24/09/09

VACUNACION  
CRUZ ROJA COLOMBIANA  
SECCIONAL VALLE DEL CAUCA  
10/09/09

VACUNACION  
CRUZ ROJA COLOMBIANA  
SECCIONAL VALLE DEL CAUCA  
09/09/09

# Control de Vacunación

Fecha

Dosis

Aplicación

Laboratorio

Identificación

Fecha de nacimiento

Verificación

TETANOS

Hepatitis - B

Hepatitis - A

Varicela

D.P.(a).T.

Influenza (Anual)

Neumococo

Meningococo

M.M.R.

Fiebre Amarilla

Fiebre Tifoidea

Leptospirosis

Virus del Papiloma Humano (V.P.H.)

Zosterax

Otras

1ª Dosis

2ª Dosis

3ª Dosis

4ª Dosis

5ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

3ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

3ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

3ª Dosis

4ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

1ª Dosis

2ª Dosis

3ª Dosis

1ª Dosis

21 FEB 2018

0350814

novartis

Martha Leon

IPS

CLINICA FARMACIA S.A.S.  
CALLE 224 855-555-555

TETANOL PUR  
Toxide Tetánico

RKSP005



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 105899987**



WEB

21:02:53

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 de febrero del 2018

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) JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 14638735:

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ  
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

**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.





POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 21:06:35 horas del 13/02/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **14638735**

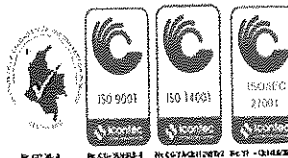
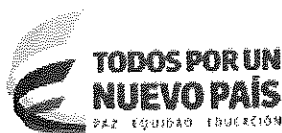
Apellidos y Nombres: **PADILLA GARRIDO JUAN JACOBO**

**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.



Carrera 27 N° 18 - 41  
(Paloquemao), Bogotá DC  
Atención administrativa de lunes  
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm  
y 2:00 pm - 5:00 pm  
Línea de Atención al Ciudadano -  
Bogotá D.C. (571) 5159111 /  
9112  
Resto del país: 018000 910 112  
Requerimientos ciudadanos 24  
horas  
Fax (571) 5159581 - E-mail:  
lineadirecta@policia.gov.co





**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.  
NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **14,638,735**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Febrero de 2018.

---

Gerente de Clientes



**NIT - 805000427**

**CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS**

**(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS**

**USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)**

El afiliado JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO identificado con CC-14638735 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en las líneas gratuitas: 01 8000 110 779 ó 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día Febrero 13 de 2018.

Cordialmente,

Director Nacional Ingresos

14638735

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

Cre. Oct/2015

EPS-FT-1143

|                                                                                   |                                                              |                    |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
|  | FORMATO                                                      | CODIGO:            | CR-GHU-FT-084 |
|                                                                                   | AUTORIZACION PARA VINCULACION ARL<br>PRESTADORES DE SERVICIO | VERSION:           | 001           |
|                                                                                   |                                                              | FECHA<br>VIGENCIA: | ENERO DE 2021 |

Santiago de Cali, 11 de 03 20221

Señores:

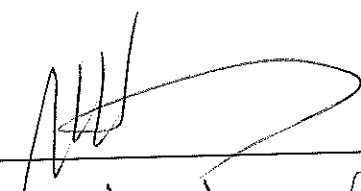
FABISALUD IPS SAS

**Asunto: Autorización Para Vinculación ARL Prestadores de Servicio**

Yo, Juan Jacobo Bailla Garmez identificado con Cédula No. 14638435 expedida en Cali autorizo a la empresa, FABISALUD IPS SAS con NIT No. 900951033-8 en la ciudad de Cali, para que dentro del proceso de contratación y/o actualización del contrato por prestación de servicios, me vincule a la ARL EPS en la cual me encuentro afiliado actualmente.

Adicional a ello hago constar que me encuentro afiliado a la EPS Com EVA y al fondo de pensiones pervenir.

Cordialmente,

Firma: 

Nombre completo: Juan Jacobo Bailla

Documento identidad: 14638435

Teléfono de contacto: 3155525187

Medellín, 11 de marzo de 2021

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 14638735 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 12/03/2021

Fecha fin cobertura: 31/12/2021

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**FABISALUD IPS SAS N900951033**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%**

**CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES**

**CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101**

**CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%**

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

- 1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.**
- 2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.**

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**  
null

Atentamente,

**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

11/03/2021 3:25 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 21 de julio de 2020

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

**CERTIFICA:**

Que JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 14638735 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/07/2020

Fecha fin cobertura: 21/02/2021

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

FABISALUD IPS SAS N900951033

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

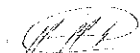
**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C146387352020326871

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

21/07/2020 7.27 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 20 de febrero de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 14638735 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 27/07/2016

Fecha fin cobertura:

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**CLINICA DESA N900771349**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%**

**CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES**

**CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436%**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101**

**CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%**

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

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

C146387351805166120

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

20/02/2018 5.21 PM

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

BOGOTA, Julio 11 de 2016

Señores  
CLINICA LA NUESTRA  
Ciudad

Nos permitimos **CERTIFICAR** que nuestro cliente JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO identificado con Cédula de Ciudadanía No 14638735, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde el 19-12-2013 a través del (los) producto (s):

| PRODUCTO                   | No. PRODUCTO | ESTADO DEL PRODUCTO |
|----------------------------|--------------|---------------------|
| Cuenta de Ahorro<br>Nómina | 315-04124-5  | Activo              |

Certificación expedida por Banco CorpBanca Colombia S.A. a través de su marca Helm en atención a su solicitud No SOBP-1551637-2016 para adelantar la domiciliación de nómina ante la empresa.

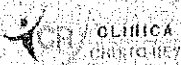
Cordialmente,

CONTACT CENTER

La expedición de la presente certificación no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título codeudor, avalista o garante a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas entidades, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Banco CorpBanca Colombia S.A.  
UG-591-8 / XI - 2014

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  <b>Formulario del Registro Único Tributario</b><br><b>Hoja Principal</b>                                                                                                                                                      |                                                       | <br><small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>                                 | 001                                                |
| 2. Concepto: <b>0 2 Actualización</b><br>Espacio reservado para la DIAN                                                                                                                                                                                                                                         |                                                       | 4. Número de formulario: <b>14415793904</b><br><br><small>(415)7707212489984(8020) 000001441579390 4</small> |                                                    |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): <b>8 4 1 2 1 7 0 5 2 0 5 - 0</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       | 6. DV: <b>0</b>                                                                                                                                                                                | 12. Dirección seccional Ingresos de Cali: <b>5</b> |
| <b>IDENTIFICACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
| 24. Tipo de contribuyente:<br>Persona natural o sucesión líquida: <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | 25. Tipo de documento:<br>Cédula de ciudadanía: <b>1 3</b>                                                                                                                                     |                                                    |
| 26. Número de identificación:<br><b>1 4 6 3 8 7 3 5</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                       | 27. Fecha expedición:<br><b>2 0 0 3 0 1 1 6</b>                                                                                                                                                |                                                    |
| Lugar de expedición: <b>COLOMBIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       | 28. País: <b>1 6 9</b>                                                                                                                                                                         |                                                    |
| 29. Departamento:<br>Valle del Cauca                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       | 30. Ciudad/Municipio:<br>Cali: <b>0 0 1</b>                                                                                                                                                    |                                                    |
| 31. Primer apellido:<br><b>PADILLA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       | 32. Segundo apellido:<br><b>GARRIDO</b>                                                                                                                                                        |                                                    |
| 33. Primer nombre:<br><b>JUAN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       | 34. Otros nombres:<br><b>JACOBO</b>                                                                                                                                                            |                                                    |
| 35. Razón social:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
| 36. Nombre comercial:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
| 37. Sigla:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
| <b>UBICACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
| 38. País:<br>COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       | 39. Departamento:<br>Valle del Cauca                                                                                                                                                           |                                                    |
| 40. Ciudad/Municipio:<br>Cali: <b>0 0 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       | 41. Dirección principal:<br><b>CL 44 109 29 UR FARALLONES DE LA BOCHA AP 104 E</b>                                                                                                             |                                                    |
| 42. Correo electrónico:<br>jacobopadilla84@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       | 43. Código postal: <b>3 3 9 8 3 2 1</b>                                                                                                                                                        |                                                    |
| 44. Teléfono 1:                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       | 45. Teléfono 2: <b>3 1 5 5 5 2 5 1 8 7</b>                                                                                                                                                     |                                                    |
| <b>CLASIFICACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
| <b>Actividad económica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | <b>Ocupación</b>                                                                                                                                                                               |                                                    |
| 46. Código:<br><b>8 6 2 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 47. Fecha inicio actividad:<br><b>2 0 1 6 0 7 0 1</b> | 48. Código:<br><b>1 2</b>                                                                                                                                                                      | 49. Fecha inicio actividad:<br><b>5 1 6</b>        |
| 50. Código:<br><b>1 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       | 51. Código:<br><b>1 2</b>                                                                                                                                                                      |                                                    |
| 52. Número establecimientos:<br><b>1 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
| <b>Responsabilidades, Calidades y Atributos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
| 53. Código: <b>5 1 6</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
| 16- Obligación facturar por ingresos bienes                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                    |
| <b>Obligados aduaneros</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | <b>Exportadores</b>                                                                                                                                                                            |                                                    |
| 54. Código:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       | 55. Forma: <b>1</b>                                                                                                                                                                            |                                                    |
| 56. Tipo: <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       | 57. Modo: <b>1</b>                                                                                                                                                                             |                                                    |
| 58. CPC: <b>1 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       | 59. Fecha: <b>2 0 1 7 0 5 1 9</b>                                                                                                                                                              |                                                    |
| <b>IMPORTANTE:</b> 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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       | 60. No. de folios: <b>0</b>                                                                                                                                                                    |                                                    |
| La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.<br>Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013<br>Firma del solicitante: |                                                       | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.<br>Firma autorizada:<br>984. Nombre: <b>LOBATON BOLAÑOS ANDRES FELIPE</b><br>985. Cargo: <b>Gestor I</b>                              |                                                    |



|                                                                                   |                                                              |           |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------|---------------|
|  | FORMATO                                                      | CODIGO:   | CR-GHU-FT-084 |
|                                                                                   | AUTORIZACION PARA VINCULACION ARL<br>PRESTADORES DE SERVICIO | VERSION:  | 001           |
|                                                                                   |                                                              | FECHA     | ENERO DE 2021 |
|                                                                                   |                                                              | VIGENCIA: |               |

Santiago de Cali, 04 de Febrero 2021

Señores:

FABISALUD IPS SAS

**Asunto: Autorización Para Vinculación ARL Prestadores de Servicio**

Yo, JUAN JACOBO PASILVA GARCIA identificado con Cédula No. 14638735 expedida en cali autorizo a la empresa, FABISALUD IPS SAS con NIT No. 900951033-8 en la ciudad de Cali, para que dentro del proceso de contratación y/o actualización del contrato por prestación de servicios, me vincule a la ARL SURA en la cual me encuentro afiliado actualmente.

Adicional a ello hago constar que me encuentro afiliado a la EPS COOPMENA Y al fondo de pensiones POPULENAR.

Cordialmente,

Firma: 

Nombre completo: JUAN JACOBO PASILVA GARCIA

Documento identidad: 14638735

Teléfono de contacto: 3155525187

Medellín, 24 de mayo de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 14638735 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 24/05/2018

Fecha fin cobertura: 21/02/2019

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

CLINICA CRISTO REY N900951033

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436%

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C146387351814456833

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

24/05/2018 3.47 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.  
NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **14,638,735**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Mayo de 2018.

---

Gerente de Clientes

|                                                                                  |                                                                |                   |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|
|  | <b>ENTREGA DE DOTACIÓN, CARNET Y/O ELEMENTOS DE PROTECCIÓN</b> | CÓDIGO:           | GHU-FT-026   |
|                                                                                  |                                                                | VERSIÓN:          | 1            |
|                                                                                  |                                                                | FECHA APROBACIÓN: | MAYO DE 2016 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

CARNET Y/O ELEMENTOS DE PROTECCIÓN (EPP)

|                               |                                        |                             |                    |
|-------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Carnet                        | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Fecha: 25-05-2018. |
| Elementos de Protección (EPP) | <input type="checkbox"/> SI            | <input type="checkbox"/> NO | Fecha: _____       |

Cuales ? : \_\_\_\_\_

#### DOTACIÓN

| Descripción / cantidad    | Aplica (A) / No Aplica (NA) | Talla | Cantidad | Fecha |
|---------------------------|-----------------------------|-------|----------|-------|
| Camisa / Blusa / Camiseta |                             |       |          |       |
| Pantalón                  |                             |       |          |       |
| Calzado                   |                             |       |          |       |

La dotación y/o carnet entregado es de uso obligatorio, personal e intransferible, el no porte o el uso indebido de la misma será considerado un incumplimiento a sus funciones y una violación a la relación contractual establecida con la organización.

Los elementos de protección deben ser usado durante el tiempo en el cual desempeñe sus labores y se encuentre expuesto a un riesgo, así como a mantenerlos en buen estado. Usando los elementos de protección estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la Ley a través de la normatividad a saber CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Art. 56, Ley 9 de 1979. Art. 88 Ley 1562 de 2012. Art 27, Resolución 2400 de 1979 entre otras.

En caso de pérdida me comprometo a comprarlo nuevamente y en caso de reposición por deterioro debo solicitarlo a la coordinadora de seguridad y salud en el trabajo, para lo cual debo llevar mi elemento de protección personal deteriorado.

El trabajador manifiesta que:

La dotación y/o carnet que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, si finaliza el contrato o se realiza la entrega de una nueva dotación de uniformes o EPP y carnet, me comprometo a hacer la devolución de los mismos.

- En caso de daño de la dotación o parte de ella por mal uso, el trabajador debe devolverla a la empresa y asumir los costos de su arreglo.
- En caso de pérdida del carnet tendrá un costo de \$10.000 Mcte

trabajador autoriza expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

Diana Margarita Escobar m.  
Nombre del Responsable de entrega

Firma del trabajador que recibe

cc:

Cargo:

14638735  
MEDICINA INTERNA

|                                                                                  |                                       |                   |                |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|----------------|
|  | <b>ENTREGA DE DOTACIÓN Y/O CARNET</b> | CÓDIGO:           | GHU-FT-026     |
|                                                                                  |                                       | VERSIÓN:          | 3              |
|                                                                                  |                                       | FECHA APROBACIÓN: | AGOSTO DE 2019 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR : Juan Jacobo Padilla C.C. \_\_\_\_\_  
 CARGO : Contratista PROCESO: Clínica

| DOTACIÓN                         |                                     |       |          |                |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------|----------|----------------|
| Descripción / cantidad           | Aplica (A) / No Aplica (NA)         | Talla | Cantidad | Fecha          |
| Carnet Institucional             | <input checked="" type="checkbox"/> |       | 1        | 06 / 05 / 2020 |
| Camisa / Blusa / Camiseta / Bata | <input type="checkbox"/>            |       |          |                |
| Pantalón                         | <input type="checkbox"/>            |       |          |                |
| Calzado                          | <input type="checkbox"/>            |       |          |                |

La dotación y/o carnet entregado es de uso obligatorio, personal e intransferible, el no porte o el uso indebido de la misma será considerado un incumplimiento a sus funciones y una violación a la relación contractual establecida con la organización.

**El trabajador manifiesta que:**

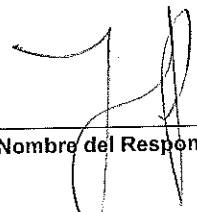
**Conoce y ha leído el Instructivo de Presentación Personal y Uso de Uniformes.**

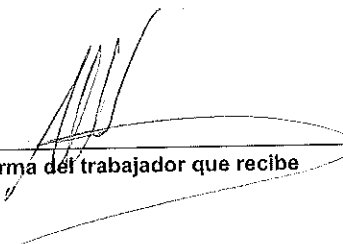
La dotación y/o carnet que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, si finaliza el contrato o se realiza la entrega de una nueva dotación de uniformes y carnet, me comprometo a hacer la devolución de los mismos.

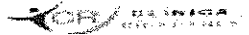
- En caso de daño de la dotación o parte de ella por mal uso, el trabajador debe devolverla a la empresa y asumir los costos de su arreglo.

- En caso de pérdida del carnet tendrá un costo de \$10.000 Mcte

El trabajador autoriza expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la **dotación** cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

  
 Nombre del Responsable de entrega

  
 Firma del trabajador que recibe



Jean Kevin Jimenez Garcia &lt;aux.ghumana2@clinicacristorey.com.co&gt;

**SOLICITUD DE DOCUMENTOS VENCIDOS, Y REPORTE AFP Y ARL OPS-PADILLA GARRIDO JUAN JACOBO**

1 mensaje

Jean Kevin Jimenez Garcia &lt;aux.ghumana2@clinicacristorey.com.co&gt;

2 de febrero de 2021, 15:08

Para: Jacobopadilla84@hotmail.com

Cc: Michel Andrea Henao Campo &lt;asisdirmedico@clinicacristorey.com.co&gt;, Mayerlin Aidé Mueses Pinchao

&lt;generalista.ghumana@clinicacristorey.com.co&gt;

Cco: Brenda Johanna Álvarez Trujillo &lt;generalista.ghips@clinicacristorey.com.co&gt;

Buen día, Doctora Juan Jacobo

Cordial Saludo,

Desde el área de Gestión Humana de la Clínica Cristo Rey y en el marco de la auditoria documental que se lleva a cabo para los prestadores de servicio, se precisa que nos envíe la siguiente documentación encontrada como vencida y nos confirme por medio del formato adjunto ( CR-GHU-FT-084 ) su vinculación a EPS, fondo de pensiones y ARL a la que pertenece.

-TRIBUNAL ETICA MEDICA VENCIO- 20-02-2019

-PÓLIZA RC VENCIO -11-07-2020

**Plazo máximo para entrega de los documentos : 10 de febrero de 2021 hasta las 12:00 m**

Agradecemos su pronta gestión,

Cordialmente,



Jean Kevin Jiménez García

Auxiliar Gestión Humana

aux.ghumana2@clinicacristorey.com.co

Tel: +57 2 387 69 10 Ext.: 304-303

Dirección: Avenida 5 Norte 22N 26

Sede: Administrativa

**CR-GHU-FT-084\_V1 AUTORIZACION PARA VINCULACION ARL PRESTADORES DE SERVICIO .pdf**

112K

## CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

|              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| CONTRATANTE: | FABISALUD IPS SAS. NIT. 900951033-8 |
| CONTRATISTA: | SANJUAN PALACIO OSCAR JAVIER        |

**1. FECHA Y DOMICILIO CONTRACTUAL:** Cali, Valle 12 de junio de 2021. -----

**2. PARTES:** 2.1. **CONTRATANTE:** FABISALUD IPS S.A.S., sociedad domiciliada en la ciudad de Cali, identificada con el Nit. 900951033-8, representada legalmente por el señor FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, conforme al Certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio de Cali, quien para este contrato y en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**. 2.2. **CONTRATISTA.** SANJUAN PALACIO OSCAR JAVIER, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali. Identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.311.947 de Cali, quien en adelante y para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**-----

**3. OBJETO:** **EL CONTRATISTA** en su condición de médico **ORTOPEDISTA**, se obliga para con **EL CONTRATANTE**., a prestar sus servicios civiles profesionales, no subordinados obrando por su propia cuenta y riesgo, de acuerdo a su disponibilidad horaria y de calendario para la prestación de servicios profesionales, con completa autonomía técnica y directiva, a prestar o realizar las siguientes actividades profesionales: CIRUGÍAS DE URGENCIAS, CIRUGÍAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN en la Clínica. **PARÁGRAFO 1.** El contratista debe: **a)** Las interconsultas hospitalarias deben ser con oportunidad de respuesta de acuerdo a: PACIENTE QUIRÚRGICO, respuesta inmediata; Los otros, de acuerdo a la prioridad del paciente. **PARÁGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.-----

**4. VALOR DEL CONTRATO:** **EL CONTRATANTE**., cancelará HONORARIOS al **CONTRATISTA**, por concepto de cirugías (prioritarias, programadas o de urgencias) de acuerdo a la siguiente tabla:

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Disponibilidad por turno</b>                                                                   | El contratante pagará al contratista la suma de \$833.333.00, por cada 24 horas que el profesional esté pendiente al llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la clínica, dentro del cual deberá asistir a la institución si fuera el caso con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente. |
| <b>Cirugías Prioritarias, programadas o de urgencias a pacientes de EPS, particulares y otras</b> | <b>A la tarifa ISS más el 15%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Cirugías Prioritarias, programadas o de urgencias A pacientes SOAT</b>                         | <b>Tarifa SOAT vigente, menos el 20%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Interconsultas POSQUIRÚRGICA</b>                                                               | <b>Hacen parte del procedimiento, como tal no genera cobro alguno</b>                                                                                                                                                                                                                                               |

El pago de honorarios profesionales en ningún caso constituye salario por cuanto en la ejecución de este contrato las partes acuerdan que no habrá actividad como trabajador del CONTRATISTA y mucho menos subordinación para con el CONTRATANTE y la contraprestación se derivará por la prestación de los servicios. **PARÁGRAFO PRIMERO:** EL CONTRATISTA se obliga CON EL CONTRATANTE para la cancelación de honorarios aportar al final de cada mes la respectiva cuenta de cobro en la cual indicará el pago de honorarios por la disponibilidad de sus servicios profesionales. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El contratista se obliga con el CONTRATANTE a elaborar y aportar mensualmente al CONTRATANTE las fechas y horas en la cual tiene disponibilidad para la prestación de sus servicios profesionales. -----

**5. FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por FABISALUD IPS SAS, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro y los correspondientes a la disponibilidad por turno, treinta días, después de haberse radicado la cuenta de cobro. **PARÁGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas médicas, proceso mediante el cual se verificará las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).-----

**6. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:** Sin perjuicios de los demás lugares que indique CLINICA CRISTO REY CALI, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es FABISALUD IPS SAS, de la Ciudad de Cali. -----

**6. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA** se obliga a: **6.1.** Garantizar la prestación total e idónea del servicio, dentro de los más altos estándares de calidad y seriedad profesional, y a la entera satisfacción del CONTRATANTE. **6.2.** Obrar con diligencia, responsabilidad y máxima prudencia en los asuntos que se le han encomendado guardando siempre la debida confidencialidad. **6.3.** Cumplir con todas las



obligaciones que se derivan en esta clase de contratos conforme a lo previsto en el Código Civil y Código de Comercio para los contratos de prestación de servicios profesionales. **6.4.** Ejecutar la prestación del servicio conforme al objeto contractual. **6.5.** Atender las observaciones o sugerencias que **EL CONTRATANTE.**, le haga con justa razón. **6.6.** Permitir en todo momento la revisión de los trabajos por parte de **EL CONTRATANTE.**, a través de su representante legal o administrador. **6.7.** Resolver ya sea de manera verbal o escrita las consultas o aclaraciones que se presenten con relación al presente contrato. **6.8.** Ejecutar la prestación del servicio conforme el objeto contractual. **6.9. EL CONTRATISTA** está obligado a suministrar por su cuenta y utilizar en los servicios que se contratan, todo el equipo y material necesarios para el normal desarrollo del objeto contractual. No obstante, lo anterior el CONTRATISTA podrá utilizar los equipos y elementos necesarios propiedad del CONTRATANTE para el desarrollo del objeto contractual para lo cual se obliga a darles buen uso. **6.10.** Comunicar inmediatamente al CONTRATANTE cualquier reclamo relativo a la calidad de los servicios junto con la información pertinente. **6.11.** Rendir cuentas al CONTRATANTE sobre los servicios prestados de manera mensual. -----

**7. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** **1.** Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes. -----

**8. RELACIÓN LABORAL DEL CONTRATANTE CON EL CONTRATISTA:** **EL CONTRATISTA** ejecutará el contrato de carácter civil desarrollando actividades profesionales no subordinadas obrando por su propia cuenta y riesgo, de acuerdo a su disponibilidad horaria y de calendario para la prestación de sus servicios profesionales, con completa autonomía técnica y directiva. -----

**9. AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte de la CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoría de calidad por parte de CLINICA CRISTO REY CALI, de acuerdo a su programa de auditoría para el mejoramiento de la Calidad.

**10. PLAZO DEL CONTRATO:** El plazo del objeto de este contrato es de UN AÑO (1) contados a partir de la firma y legalización del presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Se entiende que el contrato está legalizado, cuando se haya suscrito por las partes. -----

**11. RENOVACIÓN Y PRÓRROGAS:** Este contrato únicamente será prorrogado o renovado mediante acuerdo escrito entre las partes por medio de un otrosí al contrato. Tal determinación de prórroga o renovación se obligan las partes a manifestarla con 30 días de anticipación al vencimiento del término contractual vigente. De no hacer las partes manifestación escrita al respecto en el plazo anteriormente estipulado, se entenderá que su voluntad es prorrogar automáticamente el contrato por términos sucesivos iguales al

inicial. **PARÁGRAFO PRIMERO:** No obstante, **EL CONTRATANTE.**, podrá dar por terminado el presente contrato por cualquier causa y en cualquier momento sin que esto implique el pago de ningún tipo de indemnización a **EL CONTRATISTA.** Esta forma de terminación contractual y unilateral la acepta **EL CONTRATISTA** de forma expresa y voluntaria con la firma del presente contrato. -----

**12. MODIFICACIONES:** Las partes contratantes declaran que, cuando haya necesidad de modificar el valor, el plazo o los términos del presente CONTRATO se formalizará mediante un OTROSÍ al presente contrato. -----

**13. LA AFILIACIÓN A UNA E.P.S., UNA A.R.P. Y A UN FONDO DE PENSIONES:** La seguridad social integral en cuanto a salud, riesgos profesionales y fondo de pensiones en entidades como E.P.S., A.R.P. y FONDO DE PENSIONES serán asumidas por **EL CONTRATISTA** El cual se compromete con **EL CONTRATANTE** a entregar copia mensual de los pagos realizados en su nombre a la E.P.S. A.R.P y Fondo de Pensiones correspondientes para que hagan parte integral del presente contrato de Prestación de Servicios. -----

**14. CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD:** El contenido de este contrato, los documentos y la información que le es entregada a **EL CONTRATISTA** por **EL CONTRATANTE.**, para llevar a cabo la gestión técnica y comercial encomendada, gozan de confidencialidad en razón del secreto profesional que es propio de su profesión, por ello, toda la información a la que tenga acceso **EL CONTRATISTA**, está protegida por las normas que rigen el secreto profesional y solo podrá ser usada para los fines inherentes a la actividad comercial encomendada. **EL CONTRATISTA** Guardará absoluta confidencialidad y se compromete a no intervenir o modificar o atentar, incluso después de terminado el contrato de prestación de servicios respecto a: procedimientos, métodos, características, lista de clientes, fórmulas, claves de seguridad, suministros, software, base de datos de cualquier índole, valores de bienes y servicios, información técnica, financiera, económica o comercial de la empresa o sus clientes y demás que la sociedad **CONTRATANTE**, utiliza en el desarrollo de su objeto social frente a clientes o terceros. El incumplimiento de esta obligación conllevará a iniciar acciones judiciales en contra del **CONTRATISTA** por los perjuicios materiales e inmateriales que cause, además del cobro de la cláusula penal que más adelante se describe. Es obligación del **CONTRATISTA** devolver inmediatamente a la terminación de su contrato: claves, bases de datos, equipos, información técnica, comercial y todo lo demás que tenga el **CONTRATISTA** de **EL CONTRATANTE** y que haya recibido para poder ejecutar su labor. -----

Así mismo, el **CONTRATISTA** se compromete a adoptar todas las precauciones necesarias y apropiadas para la guarda de la confidencialidad de la información que tenga el **CONTRATISTA** de la empresa, esto es, lista de clientes, base de datos, procedimientos de cualquier índole, fórmulas químicas, biológicas y similares, su software, o procedimientos, claves secretas, métodos, características, estudios, estadísticas, proyectos, suministros utilizados por **EL CONTRATANTE.**, interna y externamente frente a

sus clientes o terceros, información técnica, financiera, económica o comercial de EL CONTRATANTE., o sus clientes.-----

**15. OTRAS CLÁUSULAS:** Además de las anteriores estipulaciones las partes acuerdan las siguientes: **15.1.** En la ejecución del presente contrato **EL CONTRATISTA** gozará de plena autonomía técnica, económica, directiva y disponibilidad de horarios y calendario para desarrollar el objeto del contrato no existiendo ninguna subordinación ni dependencia de **EL CONTRATISTA** respecto de **EL CONTRATANTE**. Queda claramente establecido entre las partes que este contrato bajo ninguna circunstancia genera vinculación laboral.

**15.2 INTERVENTORÍA. EL CONTRATISTA**, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales. **15.3.** Los trabajadores o subcontratistas que **EL CONTRATISTA** llegare a ocupar en el desarrollo y ejecución de este contrato o cualquiera de sus adiciones o renovaciones y que desde luego en todo caso serían previamente autorizados por **EL CONTRATANTE**., dependerán únicamente del **CONTRATISTA**, civil, comercial y laboralmente, sin que tales subcontratados tengan vinculación contractual o dependencia alguna con **EL CONTRATANTE**.-----

**16. CLÁUSULA PENAL:** En este estado las partes pactan como estimación anticipada de perjuicios la suma la suma de **DIEZ MILLONES DE PESOS MCTE (\$10.000.000.00)** suma que deberá ser pagada por **EL CONTRATISTA** en el evento de que incumpla o demore el cumplimiento en cualquiera de las obligaciones derivadas del presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATANTE** podrá hacer efectiva la indemnización aquí pactada a través de un proceso ejecutivo para lo cual será solo necesario la presentación de un ejemplar del presente contrato acompañado con la manifestación de incumplimiento por parte del **CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO SEGUNDO: CONSTITUCIÓN EN MORA.** Para los efectos derivados de la presente cláusula penal no será necesario la constitución en mora del deudor o de la parte incumplida toda vez que **EL CONTRATISTA** renuncia a este derecho en favor de **EL CONTRATANTE**. **PARÁGRAFO TERCERO:** El cobro de la cláusula penal no impide que **EL CONTRATANTE**, adelante el cobro independiente de una indemnización adicional de perjuicios si lo considera necesario y oportuno.-----

**17. EL CONTRATISTA** de conformidad con la cláusula anterior responderá por todos los daños y perjuicios que en desarrollo del presente contrato, que él, sus dependientes o subcontratistas ocasionen **EL CONTRATANTE**., o a las personas que en cualquier calidad de ella dependan en relación con los resultados de los servicios profesionales que aquí se contratan.-----

**18. CESIÓN.** Queda terminantemente prohibido a **EL CONTRATISTA** ceder o subcontratar total o parcialmente este contrato, sin el consentimiento expreso y escrito de

**EL CONTRATANTE.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse constar en el texto del mismo, o en otrosí firmado por ambas partes. -----

**19. LUGAR DONDE LAS PARTES RECIBIRÁN NOTIFICACIONES:** **EL CONTRATANTE.**, en sus instalaciones de la ciudad de Cali, Valle del Cauca; **EL CONTRATISTA:** En la CARRERA 77 N° 80-86 B/ BARRANQUILLA de Cali, Valle del Cauca.-----

**20. ACUERDO TOTAL:** Este contrato constituye el acuerdo total y definitivo entre las partes contratantes y reemplaza toda negociación o acuerdo anteriores, relativos al mismo, así sean hechos en forma verbal o escrita, excepto en la medida en que se incorporen expresamente al presente contrato. Ningún cambio, alteración o modificación hechos en el presente contrato, tendrán validez a menos que esté contenido en un otrosí firmado por las partes contratantes. Los errores u omisiones en cifras o palabras, no modifican el objeto del contrato, ni su intención y en caso de que se presente, debe atenderse a los que se desprendan de la interpretación del texto general del contrato. -----

**21. DOCUMENTOS ANEXOS AL CONTRATO:** **EL CONTRATISTA** declara estar informado ampliamente de todos los documentos que hacen parte del presente contrato y que son de rigurosa aplicación para la prestación del servicio aquí contratado. **EL CONTRATISTA** declara, por tanto, que tiene pleno conocimiento de la forma de ejecutar este servicio profesional que se ha enterado y que está plenamente familiarizado con el servicio a ejecutar. Se consideran incorporados y parte integral del presente contrato los documentos que a continuación se enuncian y las comunicaciones y formas pre-impresas de **EL CONTRATANTE.**, que sean utilizados en el desarrollo de los servicios contratados, como: **21.1.** Copia de la cédula del **CONTRATISTA.** **21.2.** RUT del **CONTRATISTA.** **21.3.** Certificado de existencia y representación del **CONTRATANTE** expedido por la Cámara de Comercio de Cali.-----

**22. ORDEN DE PREFERENCIA:** Las partes acuerdan que, para efectos de la interpretación de las obligaciones y derechos expresados en el texto de este **CONTRATO**, se deberá seguir el siguiente orden de preferencia: **22.1.-** El contrato y sus otrosí. **22.2.-** Los anexos referidos en la cláusula sexta. **22.3.-** Las instrucciones, disposiciones y demás comunicaciones de **EL CONTRATANTE.** **22.4.** La ley, especialmente las normas que en materia de contratos reglamentan los de prestación de servicios en el Código de Comercio y en el Código Civil.-----

**23. DOMICILIO:** Para todos los efectos del cumplimiento de las obligaciones que se derivan del presente contrato, se señala como domicilio la ciudad de Cali, Valle del Cauca.

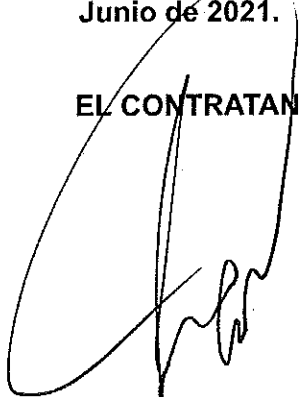
**24. DATOS PERSONALES.** El **CONTRATISTA** de manera expresa por medio del presente contrato autoriza al **CONTRATANTE** para tratar los datos personales que se suministren en desarrollo del contrato, durante todo el tiempo de permanencia en la sociedad y después de terminada la relación siempre y cuando exista un deber de conservación legal o contractual por parte del **CONTRATANTE.** La autorización de tratamiento de datos personales se otorga por parte del **CONTRATISTA** dentro de lo tipificado en la Política de Protección de Datos Personales, que es conocida por El

CONTRATISTA y se ajusta a lo prescrito en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2014, Decreto 1074 de 2015. De igual forma, El CONTRATISTA que, sin estar facultado para ello, destruya, dañe, borre, deteriore, altere o suprima datos informáticos, o un sistema de tratamiento de información o sus partes o componentes lógicos, podrá ser denunciado penalmente por el delito de daño informático. Así mismo, El CONTRATISTA que, sin estar facultado para ello, con provecho propio o de un tercero, obtenga, compile, sustraiga, ofrezca, venda, intercambie, envíe, compre, intercepte, divulgue, modifique o emplee códigos personales, datos personales contenidos en ficheros, archivos, bases de datos o medios semejantes, podrá ser denunciado por la conducta de violación de datos personales. Se considerará muy grave el incumplimiento del Manual de Políticas de Protección de Datos personales adoptado por el CONTRATISTA, llegando a constituir una causal de terminación del contrato de prestación de servicios. En todos los casos en que El CONTRATISTA podrá hacer uso de sus derechos de Habeas Data (conocer, actualizar y rectificar su información) con excepción a lo establecido por ley en la dirección de su residencia detallada en el presente contrato.-----

**25. LEGALIZACIÓN:** Se entenderá perfeccionado y legalizado el presente contrato cuando sea suscrito por las partes. -----

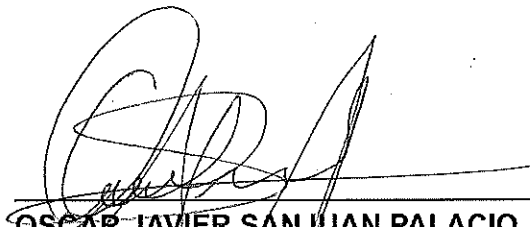
Para constancia, se firma en la ciudad de Santiago de Cali, a los **12 días del mes de Junio de 2021.**

**EL CONTRATANTE:**



**FAVIAN ALEJANDRO CORDÓN TORRES**  
CC: 80.218.397 de Bogotá  
Representante Legal  
**FABISAUD IPS SAS. NIT.900951033-8**

**EL CONTRATISTA:**



**OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO**  
CC: 72.311.947  
Ortopedista y Traumatólogo

## **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

**CONTRATANTE: FABISALUD IPS SAS .NIT.900951033-8**

**CONTRATISTA: OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO**

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO**, también mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para **REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍAS URGENCIAS, CIRUGÍAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y LOS CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN**, de **FABISALUD IPS SAS**; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### **CLÁUSULAS:**

**PRIMERA: OBJETO:** **EL CONTRATISTA**, en su condición de médico **ORTOPEDISTA Y TRAUMATÓLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a cubrir los servicios de: **CIRUGÍAS DE URGENCIAS, PRIORITARIAS Y PROGRAMADAS**, en la Clínica. **PARÁGRAFO 1.** El contratista debe: a) Las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARÁGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 21 de Junio de 2020, hasta el día 20 de Junio de 2021. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** **FABISALUD IPS SAS**, pagará al **CONTRATISTA**, con ocasión del presente contrato, las siguientes **TARIFAS**: Por concepto de **CIRUGÍAS**, a pacientes **SOAT**, al valor **SOAT VIGENTE**, menos el 20%; a pacientes **EPS (S)**, **PARTICULARES Y OTRAS**, a la tarifa **ISS** más el 15%. **PARÁGRAFO 1.** Las anteriores tarifas operan, bien **CIRUGÍAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS O DE URGENCIAS**; entendiéndose que las interconsultas postquirúrgicas, hacen parte del procedimiento. **PARÁGRAFO 2.** Las consultas postquirúrgicas, hacen parte del procedimiento; como tal, no generan pago de ninguna clase. **PARÁGRAFO 3.** La suma de **OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS \$833.333.00**, por cada 24 horas, que el profesional esté pendiente de llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la Clínica, dentro del cual, deberá asistir a la institución, si fuere el caso, con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por **FABISALUD IPS SAS**, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARÁGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificará las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del **CONTRATISTA:** **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con **FABISALUD IPS SAS**, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por **FABISALUD IPS SAS**, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SÉPTIMA: OBLIGACIONES DE FABISALUD IPS SAS:** Son obligaciones de **FABISALUD IPS SAS.** **1.** Pagar al **CONTRATISTA**, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL **CONTRATISTA** hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento de la **CONTRATISTA**, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte de la **CONTRATISTA**, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoría de calidad por parte de **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo a su programa de auditoría para el mejoramiento de la Calidad

**DÉCIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, **FABISALUD IPS SAS**, liquidará y pagará al **CONTRATISTA**, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DÉCIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DÉCIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** **FABISALUD IPS SAS**, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones

pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DÉCIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a FABISALUD IPS SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de FABISALUD IPS SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de FABISALUD IPS SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DÉCIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por FABISALUD IPS SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba FABISALUD IPS SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de FABISALUD IPS SAS.

**DÉCIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden. En caso que FABISALUD IPS SAS pague los aportes a los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), este descontará al CONTRATISTA del valor facturado lo correspondiente a lo pagado.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESION DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni FABISALUD IPS SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DÉCIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DÉCIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de



Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. 3. Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

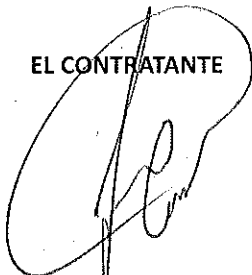
**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGÉSIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: **FABISALUD IPS SAS**, en la AV 4N # 22N - 46 de Cali, y el contratista en la CALLE 34 N° 98B - 35 APTO 206 TORRE 2 VALLE DE LILI, Teléfono. 3045800152

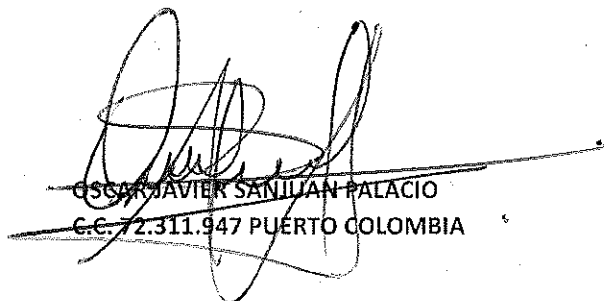
Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 20 de Junio del año dos mil veinte (2020).

**EL CONTRATANTE**



**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
FABISALUD IPS SAS

**EL CONTRATISTA**



**OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO**  
C.C. 72.311.947 PUERTO COLOMBIA

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: **FABISALUD IPS SAS .NIT.900951033-8**

CONTRATISTA: **OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO**

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO**, también mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para **REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIAS URGENCIAS, CIRUGIAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y LOS CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN**, de **FABISALUD IPS SAS**; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO:** **EL CONTRATISTA**, en su condición de médico **ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a cubrir los servicios de: **CIRUGIAS DE URGENCIAS, PRIORITARIAS Y PROGRAMADAS**, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) Las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 21 de Junio de 2019, hasta el día 20 de Junio de 2020. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** **FABISALUD IPS SAS**, pagará al **CONTRATISTA**, con ocasión del presente contrato, las siguientes **TARIFAS**: Por concepto de **CIRUGIAS**, a pacientes **SOAT**, al valor **SOAT VIGENTE**, menos el 20%; a pacientes **EPS (S), PARTICULARES Y OTRAS**, a la tarifa **ISS** mas el 15%. **PARAGRAFO 1.** Las anteriores tarifas operan, bien **CIRUGIAS PRIORITARIAS, POPROGRAMADAS O DE URGENCIAS**; entendiendo que las interconsultas postquirúrgicas, hacen parte del procedimiento. **PARAGRAFO 2.** Las consultas postquirúrgica, hacen parte del procedimiento; como tal, no generan pago de ninguna clase. **PARAGRAFO 3.** La suma de **OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS \$833.333.00**, por cada 24 horas, que el profesional esté pendiente de llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la Clínica, dentro del cual, deberá asistir a la institución, si fuere el caso, con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por **FABISALUD IPS SAS**, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del **CONTRATISTA:** **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con **FABISALUD IPS SAS**, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por **FABISALUD IPS SAS**, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE FABISALUD IPS SAS:** Son obligaciones de **FABISALUD IPS SAS.** **1.** Pagar al **CONTRATISTA**, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL **CONTRATISTA** hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento del **CONTRATISTA**, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte del **CONTRATISTA**, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, **FABISALUD IPS SAS**, liquidará y pagará al **CONTRATISTA**, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** **FABISALUD IPS SAS**, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a **FABISALUD IPS SAS**, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de **FABISALUD IPS SAS**, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de **FABISALUD IPS SAS**. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por **FABISALUD IPS SAS**, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba **FABISALUD IPS SAS**. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de **FABISALUD IPS SAS**.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden. En caso que **FABISALUD IPS SAS** pague los aportes a los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), este descontará al CONTRATISTA del valor facturado lo correspondiente a lo pagado.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni **FABISALUD IPS SAS** subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DECIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

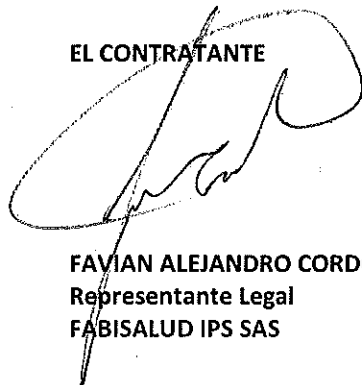
**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: **FABISALUD IPS SAS**, en la AV 4N # 22N - 46 de Cali, y el contratista en la CALLE 34 N° 98B - 35 APTO 206 TORRE 2 VALLE DE LILI, Teléfono. 3045800152

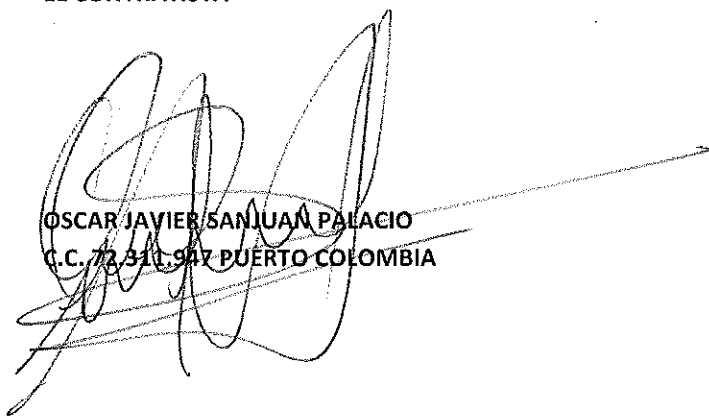
Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 20 de Junio del año dos mil diecinueve (2019).

**EL CONTRATANTE**



**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
FABISALUD IPS SAS

**EL CONTRATISTA**



**OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO**  
C.C. 72.311.947 PUERTO COLOMBIA

**OTRO SI AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUSCRITO EL 20 DE JUNIO DE 2019**

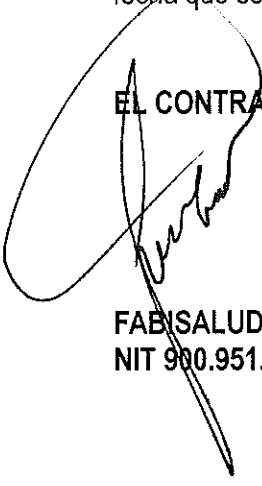
|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATANTE:    | NOMBRE DEL CONTRATISTA:             |
| <b>FABISALUD IPS S.A.S</b> | <b>SANJUAN PALACIO OSCAR JAVIER</b> |

Entre EL CONTRATANTE y EL CONTRATISTA, en las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de nuestras firmas, se ha modificado el contrato de prestación de servicios suscrito entre estos el día 30 de octubre de 2019, se adiciona que la prestación del servicio se puede prestar en la dirección Carrera 41 #5B-89, realizando consulta externa a valor de \$27.000 cada una.

En los demás aspectos queda igual.

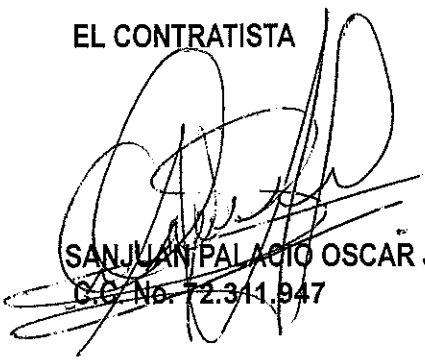
Para constancia se firma el presente otro si, en dos ejemplares del mismo tenor y valor, en la ciudad y fecha que se indican a continuación: SANTIAGO DE CALI, 30 DE OCTUBRE DE 2019.

**EL CONTRATANTE**



**FABISALUD IPS S.A.S**  
**NIT 900.951.033-8**

**EL CONTRATISTA**



**SANJUAN PALACIO OSCAR JAVIER**  
**C.C. No. 72.341.947**

Oscar Javier Sanjuan Palacio

**OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO**

**HOJA DE VIDA**

**PERFIL**

Médico especialista en ortopedia y traumatología con entrenamiento en el manejo de pacientes politraumatizado, patologías, deformidades rotacionales, trastornos de la marcha y enfermedades degenerativas del sistema músculo esquelético.

**INFORMACION PERSONAL**

Lugar y fecha de nacimiento: Barranquilla, 28 de octubre de 1980

Documento de Identidad: 72.311.947 de Pto. Colombia

Número celular: 3045800152

Dirección de residencia: Carrera 77 #80 -86 Barranquilla

E-mail: Oj.sanjuan@gmail.com

Call 34-9883  
Vente 2011

Garza 700 206

## **EXPERIENCIA LABORAL**

Médico Interno. E.S.E. Hospital San Juan, Sahagún - Córdoba. Junio 2003 – Junio 2004

Medico SSO Unidad Nivel I Santa Bárbara, Tímiquí (Cauca), 2004 – 2005. Desarrollo de Actividades Médico Asistenciales en los Servicios de Consulta Externa, Urgencias, Promoción y Prevención e Instauración Programa AIEPI. Médico encargado del Desarrollo de Actividades de Educación a la Comunidad de Tímiquí

Médico de Urgencias y Consulta Externa AMISALUD IPS (COOMEVA) Santiago de Cali. Abril 2005 a Abril de 2006.

SAMI IPS Médico Consulta y Urgencias Domiciliarias y de Traslados Medicalizados en Servicios de Ambulancias. Cali, Abril a Noviembre 2006.

Médico Servicios de Urgencias. Clínica Versalles Sede Norte, Nivel III. Cali, Noviembre 2006 hasta Noviembre de 2009.

Médico de servicio de Urgencias, Clínica Confandi Tequendama, Nivel III. Cali Nov. De 2007 a Abril de 2008.

EMERMEDICA SA. Médico de consulta y urgencias domiciliarias marzo 2008 a hasta Diciembre 2009.

EMI COLOMBIA médico de consulta y urgencias domiciliarias julio 2008 a Diciembre 2009.

Médico de Urgencias Clínica PREVENIR- BONADONNA, Nivel III. Barranquilla. Enero 2009 hasta Diciembre de 2010.

Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología. Hospital San José de Maicao – Guajira. Diciembre 2014– a Diciembre de 2015.



**Secundarios**

**Colegio San José**

Bachiller Académico 1997

Barranquilla

**Primarios**

**Colegio San José**

Quinto Grado 1991

Barranquilla

**INFORMACION COMPLEMENTARIA**

Soporte vital avanzado en medicina de urgencias y reanimación cardiopulmonar (ACLS Y BLS). 2009.

Curso Temas Puntuales de Traumatología: "Patología de Miembro Superior". 2010

Curso Temas Puntuales de Traumatología: "Pie y Tobillo". 2011

Curso AO Trauma Principio en el Tratamiento Quirúrgico de las Fracturas. 2011

193° Entrenamiento de Actualización en habilidades para cirugía artroscópica  
Centro Latinoamericano de Investigación y Entrenamiento en Cirugía de Mínima  
Invasión (CLEMI) Julio 12 y 13 de 2017 Bogotá -Colombia

37° Entrenamiento de Artroscopia Intermedio de rodilla con practica sobre  
componente anatómico Centro Latinoamericano de Investigación y Entrenamiento  
en Cirugía de Mínima Invasión (CLEMI) Julio 14 y 15 de 2017 Bogotá -Colombia

9° Curso de artroscopia y Medicina Deportiva (octubre 19 al 21 de 2017 )  
Cartagena Colombia.

63° Congreso Nacional SCCOT (mayo 23 – 26 de 2018) Cartagena –Colombia.

*Oscar Javier Sanjuan Palacio*

Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología. SOCIEDAD MÉDICA CLÍNICA  
MAICAO Abril de 2016 hasta la fecha.

Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología. SOCIEDAD MÉDICA CLÍNICA  
RIOHACHA Abril de 2017 hasta Noviembre de 2018.

Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología en el área de Consulta externa  
IPS SOLWAYUU Abril de 2017 hasta Noviembre de 2018.

Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología HOSPITAL FRAY LUIS DE  
LEÓN (PLATO -MAGDALENA) Agosto de 2018 hasta la fecha

Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología. CLINICA MARIA  
AUXILIADORA (AGUACHICA – CESAR ) Agosto de 2018 hasta la fecha.

## **ESTUDIOS REALIZADOS**

**Universitarios**

**Medico y Cirujano**

**Universidad Libre**

**Barranquilla 2004**

**Especialista en Ortopedia y Traumatología**

**Universidad del Zulia**

**Maracaibo – Venezuela 2014**

*Oscar Javier Sanjuan Palasio*

## REFERENCIAS

Hugo Diaz Rivera

Gerente Clinica Maicao

Teléfono: 300 8477779

Juan Carlos Jaramillo

Subdirector científico Hospital San José de Maicao

Teléfono: 301 2790688

Carlos Amaury Perez

Ortopedista y traumatólogo

Teléfono: 310 7361221

Efrain Garcia

Gerente HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN (PLATO-MAGDALENA)

Telefono: 3004438210

María Alejandra Castellanos

Subgerente CLINICA MARIA AUXILIADORA (AGUACHICA - CESAR)

Telefono 3185142785

**OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO**

**CC. 72.311.947 PTO COLOMBIA**

## **REFERENCIAS**

Hugo Diaz Rivera

Gerente Clinica Maicao

Teléfono. 300 8477779

Juan Carlos Jaramillo

Subdirector científico Hospital San José de Maicao

Teléfono. 301-2790688

Carlos Amaury Perez

Ortopedista y traumatólogo

Teléfono. 310 7361221

Efrain Garcia

Gerente HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN (PLATO-MAGDALENA)

Telefono. 3004438210

María Alejandra Castellanos

Subgerente CLINICA MARIA AUXILIADORA (AGUACHICA - CESAR)

Telefono 3185142785

**OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO**

**CC. 72.311.947 PTO COLOMBIA**

República de Colombia



# La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

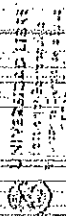
*Oscar Javier Sanjuan Palacio*

C.C. No. 72.311.947 de Puerto Colombia - Atl.

ha cumplido los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

*Médico y Cirujano*

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.



El Rector

*Oscar Javier Sanjuan Palacio*

del 20 de Julio de 1946

En la ciudad de Bogotá

El Rector



El Secretario General

Oficina de Asesorías y Registro

N.º 1.755.00 del 20

En la ciudad de Bogotá

El Secretario General

República de Colombia



# La Universidad Libre

Resolución Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

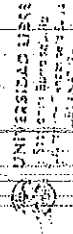
*Oscar Javier Sanjuán Palacio*

C.C. No. 72.341.947 de Puerto Colombia - Atl.

ha cumplido los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

## Médico y Cirujano

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y publica con el sello mayor de la Institución.



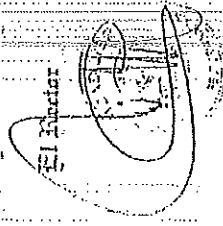
UNIVERSIDAD LIBRE  
Bogotá, D. C.

El Rector

En la Oficina

del 20 de Julio de 1946

El Secretario



El Rector

El Secretario General

Sección de Admisión y Registro

No. 20

Boleto de Registro, CC.

La Universidad



**UNIVERSIDAD LIBRE - SECCIONAL BARRANQUILLA**  
**DEPARTAMENTO DE ADMISIONES Y REGISTROS**

---

Barranquilla. 16 de octubre de 2019

Telefax: ----

Señores:

CLINICA CRISTO REY  
MARIA CAMILA TRIANA  
PSICOLOGA  
AVENIDA 5 NORTE 22 N - 26  
SANTIAGO DE CALI

|                    |                                          |
|--------------------|------------------------------------------|
| <b>REFERENCIA:</b> | <b>VERIFICACION DE ESTUDIOS Y TITULO</b> |
|--------------------|------------------------------------------|

Nos complace recibir y atender su solicitud sobre verificación de estudios y títulos de nuestros egresados, y al respecto nos permitimos informar que el señor(a): **OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO**

Identificado(a) con documento de identidad 72311947 PUERTO COL presenta los siguientes títulos:

| <b>TITULO</b>     | <b>FECHA DE GRADO</b> | <b>ACTA</b> |
|-------------------|-----------------------|-------------|
| MEDICO Y CIRUJANO | 19-julio-2004         | 4704        |

Por lo anterior este despacho corrobora la veracidad de estudios cursados y títulos otorgados en esta Seccional.

Atentamente,

**FRANCO PUELLO ITURRIAGO**

Jefe de Admisiones y Registros

Telefax: (0\_5) 3599666

## VERIFICACION DE TITULOS

De: aprendiz.ghumana1@clinicacristorey.com.co <aprendiz.ghumana1@clinicacristorey.com.co>  
Enviado: Tue, Oct 15, 2019 a la(s) 3:35 pm  
Para: unilibre@unilibrecali.edu.co  
CC: elizabeth.calvache@unilibre.edu.co

---

img-0.png (28,2 KB) 20191015163127384.pdf (185,4 KB) – [Descargar todos los](#)



Las imágenes no muestran

[MOSTRAR IMÁGENES](#)

| [MOSTRAR SIEMPRE IMÁGENES A ESTE REMITENTE](#)

Cordial Saludo,

Con el fin de realizar el proceso de verificación de títulos, según se encuentra establecido en la normatividad vigente, para efectos de vinculación y/o contratación solicito a ustedes se sirvan certificar el título de la siguiente persona.

**Juan Camilo Torres Delgado**

*Aprendiz Gestión Humana*

aprendiz.ghumana1@clinicacristorey.com.co

Tel: +57 2 387 6910 Ext.: 308 - 309



Santiago de Cali, octubre 07 de 2019

Señores  
Instituto de técnicas integradas múltiples del occidente  
Of. Registro Académico

ASUNTO: Verificación de Título

Cordial Saludo,

Con el fin de realizar el proceso de verificación de títulos, según se encuentra establecido en la normatividad vigente, para efectos de vinculación y/o contratación solicito a ustedes se sirvan certificar el título de las siguientes personas:

| NOMBRE Y APELLIDOS           | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | TITULO            | FECHA DE CERTIFICACION |
|------------------------------|------------------------|-------------------|------------------------|
| SANJUAN PALACIO OSCAR JAVIER | 72311947               | MEDICO Y CIRUJANO | JULIO DE 2004          |

Favor, sírvase dirigir su respuesta a CLINICA CRISTO REY NIT 900.951.033-8, avenida 4 Norte 22-46 o al e-mail [aux.ghumana@clinicacristorey.com.co](mailto:aux.ghumana@clinicacristorey.com.co) o [analista.ghumana@clinicacristorey.com.co](mailto:analista.ghumana@clinicacristorey.com.co)

Atentamente,

*Juanca*

 **CLÍNICA  
CRISTO REY**  
NIT. 900951033-8

JUAN CAMILO TORRES  
Aprendiz Gestión Humano

**Dirección:**

**Sede Administrativa:** Avenida 5 Norte # 22N-26, **Entrada Principal Clínica:** Calle 23 Norte # 3N-71  
**Entrada Urgencias Clínica:** Avenida 4 Norte # 22N-46

República Bolivariana de Venezuela



# Universidad del Zulia

Dr. Jorge Valencia Pina

Rector (r)

Hago saber

**Que** el Codino. Med. y Ciruj. **Oscar Javier Sanjuan Palacio** natural del Dpto. del Atlantico, Colombia, y de treinta y cinco años de edad, titular de la C.F. P.CC72311947, ha cumplido con todos los requisitos legales y reglamentarios para obtener el Título de

# Especialista en Ortopedia y Traumatología

Por lo cual, en nombre de la República y por autoridad de la ley, se le confiere.

Quedese razón de este Diploma en la Secretaría de esta Universidad  
En Maracaibo a los trece dias del mes de Noviembre de dos mil quince.

Rectifier (a)

Angle:  $205^{\circ}$  y  $156$

Herzogen (27)



Secretario (a)

Dr. Sergio Aguiles Osorio Morales

**Dra. Mariense C. Delmiera Salgue**

Inscrito al folio 4538 al 4555 del libro respectivo correspondiéndole el N.º 33

Secretary (a)

Oficina Principal del Registro

El presente Titulo queda registrado bajo el N° 83  
del Protocolo Principal y duplicado que se lleva en copia autentica  
durante el mes de noviembre del corriente año. En la  
Ciudad de Luján a 10 de noviembre de 1905. Por el  
Alcalde *Tomás de la Cruz* *103*

L.U.Z.  
Secretaría Dirección Docente  
Departamento de Grado

1. ~~1~~ 2. ~~2~~ 3. ~~3~~



MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

14140

11 JUL 2016

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 5515 del 16 de mayo de 2013.

CONSIDERANDO:

Que OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 72.311.947, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, otorgado el 13 de noviembre de 2015, por la UNIVERSIDAD DEL ZULIA, VENEZUELA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. CNV-2016-0002658.

Que el convalidante adjunta copia del título de MEDICO Y CIRUJANO, otorgado por la UNIVERSIDAD LIBRE, COLOMBIA.

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

Que en virtud del artículo 5º de la Resolución 06950 del 15 de mayo de 2015, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: "todos estos deberán someterse a evaluación académica por parte de la Sala del Área de Ciencias de la Salud de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior -CONACES-, sin perjuicio de que el Ministerio pueda solicitar un concepto adicional a las asociaciones, órganos y pares evaluadores cuando así se requiera."

Que los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior -CONACES-, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.

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

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, otorgado el 13 de noviembre de 2015, por la UNIVERSIDAD DEL ZULIA, VENEZUELA, a OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 72.311.947, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

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

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

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los

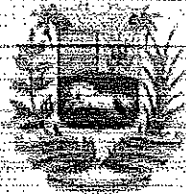
11 JUL 2016

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

JEANNETTE ROCÍO GILEDE GONZÁLEZ

Oscar Javier Sanjuan Palacio

# República Bolivariana de Venezuela



## Universidad del Zulia

Dr. Jorge Valencia Peña

Rector (a)

Haga saber

Que el Edmo. Med. y Ciruj. Oscar Javier Sanjuan Palacio natural del Dpto. del Atlántico, Colombia, y de treinta y cinco años de edad, titular de la C.I. D.C.E. 72311947, ha cumplido con todos los requisitos legales y reglamentarios para obtener el Título de

### Especialista en Ortopedia y Traumatología

Por lo cual, en nombre de la República y por autoridad de la ley, se le confiere.

Tanques, a razón de este Diploma en la Secretaría de esta Universidad.  
En Maracaibo a los trece días del mes de Noviembre de dos mil quince.

Rector (a)

Años: 2015 y 150

Librario (a)

Secretaría (a)

Dr. Sergio Aguilar Escario Alvarado

Dr. Martin E. Herrera Salas

Inscrito al folio 52 en el libro respectivo sobre matrículas el N° 33

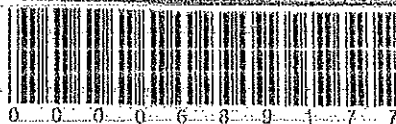
Secretaría (a)

Dr. Juan Manuel del Real

RECEBIÓ en el día 13 de Noviembre de 2015  
El Diploma de Especialista en Ortopedia y Traumatología  
del Sr. Oscar Javier Sanjuan Palacio, titular de la C.I. D.C.E. 72311947.  
En Maracaibo, a los trece días del mes de Noviembre de 2015.  
Dr. Juan Manuel del Real

SECRETARÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

SECRETARÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA



No. 00093893

No. 00093893



Sello No. 00075299

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA RELACIONES EXTERIORES  
OFICINA DE RELACIONES CONSULARES

APOSTILLE

Convention de La Haye du 5 Octobre 1961

1.- País: VENEZUELA

El presente documento público:

2.- Ha sido suscrito por:

**NORA MERCEDES URBINA FERRER**

3.- Actuando en su calidad de:

DELEGACIÓN DE FIRMA

4.- Llevando el sello/timbre de:

M.P.P. PARA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA, CIENCIA Y TECNOLOGIA.

Certificado

5.- En Caracas, 29-02-2016

6.- Por el Ministro:

7.- No. 00075299

8.- Sello/Timbre

**Luis Beltrán Blanco**

Coordinador de Consulados Nacionales,  
G.O. 40.036 del 25/10/2012 Res. DM N° 183

9.- Firma

Se advierte que la presente apostilla no prejuzga  
acerca de ningún otro extremo de fondo ni de forma.

0001253934

AUTORIDAD CERTIFICANTE

Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores

Coordinación del Área de Consulados Generales

Luis Beltrán Blanco

2016-02-29 14:19:28-04:30

PARA VALIDAR LA AUTENTICIDAD INGRESE ESTE CODIGO: NV11941101201693893  
EN <https://validarlegalizaciones.mppre.gob.ve>

TIPO DE ACTUACIÓN: ACTA DE GRADO

TITULAR: V-11.941.101 JULIO HENRIQUE VIERA ANGELOSANTE

MPPRE-94821DB598DBB24FC2BC90899CDD5872

Este documento ha sido firmado electrónicamente cumpliendo con el Decreto Ley de Mensaje de Datos y Firma Electrónica, de fecha 10 de febrero de 2001,  
publicado en la Gaceta Oficial N° 37.149 del 28 de febrero del 2001.





REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DEL ZULIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS  
FACULTAD DE MEDICINA



POSTGRADO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA  
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAIBO "DR. URQUINAONA"

ACTIVIDADES ACADÉMICAS Y ASISTENCIALES  
POSTGRADO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA HOSPITAL CENTRAL DE MARACAIBO "DR. URQUINAONA"

Nombre Oscar Javier Sanjuan Palacio

Cédula de Identidad 72.311.947

Período Anual: Enero de 2011 – Enero de 2015

Quienes suscriben Decano de la Facultad de Medicina, Director de la División de Estudios para Graduados Facultad de Medicina y Coordinador de Postgrado Ortopedia y Traumatología de la Universidad del Zulia (LUZ), hacemos constar que el Médico y Cirujano: OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO, titular de la Cédula de ciudadanía: 72.311.947 cursó el Postgrado de Ortopedia y Traumatología en esta institución durante el periodo académico: Enero de 2011 a Enero de 2015 (8 semestres), durante el cual cumplió con todas las actividades académicas teóricas, prácticas y las actividades asistenciales establecidas en el plan de estudios y acá mencionadas a continuación para la obtención de su Título como Especialista en Ortopedia y Traumatología.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS

- Seminarios diarios presentados por los residentes, de acuerdo al semestre y asignatura cursada, dirigidos por un Especialista de Ortopedia y Traumatología.
- Revista Académica y asistencial diaria en la entrega de guardia, dirigida por Especialistas asignados a la guardia y residentes de último año, con discusión de casos clínicos ingresados y hospitalizados en el servicio de Emergencia de Ortopedia y Traumatología de adultos, Pediatría y distintos servicios con pacientes relacionados a esta especialidad.
- Fichas bibliográficas presentadas semanalmente por un residente de acuerdo a la asignatura cursada.
- Revista General académica semanal, realizada en el piso de hospitalización de Ortopedia y Traumatología, discusión de casos clínicos y decisión del manejo quirúrgico, con coordinadores y especialistas del servicio.
- Clases magistrales con intensidad de 3,2 y 1 vez por semana, de acuerdo al semestre y asignatura cursada, dada por especialistas del área específica.
- Clases semanales en otras instituciones dadas por profesores asociados al postgrado, con un plan anual de clases sobre una unidad de Ortopedia y Traumatología.
- Discusión de casos clínicos de las diferentes sedes de postgrado de Ortopedia y Traumatología, dada por un residente de último año y guiada por un especialista de cada Hospital, con posterior clase del tema relacionada al caso clínico.
- Clases semanales de Subespecialidades: Cirugía de Hombro y codo, Cirugía de mano, Cirugía de cadera, Cirugía de Rodilla, Cirugía de Pie y Tobillo, Artroplastia y Artroscopia, Cirugía de Columna, Ortopedia infantil y Patología fracturaria).
- Clases de Metodología de investigación y asesoría de proyecto de investigación y tesis.
- Realización de Proyecto de Investigación y Trabajo especial de Grado titulado "FISIOTERAPIA DE MCCONNELL O CONVENCIONAL EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PATELOFEMORAL", presentado al Consejo Técnico de la División de Estudios para Graduados de la Facultad de Medicina, siendo sustentado y aprobado en la VI Jornada de Investigación en Ortopedia y Traumatología, ENERO 9 de 2016.

## ACTIVIDADES ASISTENCIALES

- Guardia 24 horas cada 6 días, conformada por un equipo: 2 especialistas en Ortopedia y Traumatología y un residente de cada año de postgrado con rotación trimestral.
- Evolución y revista diaria asistencial en el piso de hospitalización de Ortopedia y Traumatología, con un total de 34 camas, con un especialista.
- Valoración de los pacientes hospitalizados con patologías asociadas a Ortopedia y Traumatología en los diferentes servicios (Medicina Interna y subespecialidades, Cirugía general, Especialidades quirúrgicas, Pediatría, Unidad de cuidados intensivos)
- Consulta externa especializada de primera vez y control (realización de cura, control de yeso y control de postoperatorio) supervisado por especialistas y subespecialistas de acuerdo a la unidad en que se esté rotando, con duración de 3 meses, 2 a 3 veces por semana.
- Actividades quirúrgicas en el Pabellón selectivo de lunes a viernes, con asistencia 3 veces por semana de acuerdo a la unidad de rotación.
- Actividades quirúrgicas en el pabellón de emergencia, los días de guardia, realizando todos los casos de Ortopedia y Traumatología de emergencia.
- Jornadas quirúrgicas mensuales, realizadas los días sábados, con intensidad de 12 horas y asignación de hasta 5 salas de cirugía simultáneas.

## ACTIVIDADES ACADÉMICAS-ASISTENCIALES ESPECIALES

- Durante los 4 años de postgrado el residente asiste a diferentes rotaciones en otras instituciones de salud, dando prioridad a las subespecialidades, duración de 3 meses, en las cuales se realizaba consulta, actividades quirúrgicas y académicas (clases-seminarios-fichas bibliográficas)
- Hospital Coromoto (Radiología, Cirugía de Pie y tobillo, Cirugía de Cadera, Hombro, Rodilla y Columna)
- Hospital Universitario de Maracabo (Cirugía de mano)
- Hogar Clínica San Rafael (Rodilla Pediátrica, Ortopedia Infantil)

Documento que se expide a petición de la parte interesada.



Dr. Nelson Ferrer  
Coordinador de Postgrado  
Ortopedia y Traumatología



Dr. Sergio Osorio  
Decano Facultad de  
Medicina LUZ



Dr. Freddy Pachano  
Director de la División de  
Módulos para Graduados  
Facultad de Medicina LUZ

Yo, Dra. Marlene C. Primera Galué, titular de la cédula de identidad No. 4.537.656, con el carácter de Secretaria de la Universidad del Zulia, y en uso de las atribuciones que confiere el numeral 4 del artículo 40 de la Ley de Universidades CERTIFICO: Que la firma que precede, en 62 folios útiles numerados del 1 al 62, corresponde al puño y letra del Dr. Sergio Osorio Morales, Decano de la Facultad de Medicina de esta Universidad.

Se hace la presente certificación con la colaboración de la Funcionaria Mg. Marianela Párraga Torres, titular de la cédula de identidad No. 7.693.043, quien la suscribe conmigo por aplicación analógica del artículo 76 de la Ley de Registro y del Notariado. En Maracaibo, a los veintinueve días del mes de enero del año dos mil dieciséis. Años: 205 y 156.

Mg. Marianela Párraga Torres  
**FUNCIONARIA**

Dra. Marlene C. Primera Galué  
**SECRETARIA**

Quien suscribe, Dr. Jorge Palencia Piña, Rector de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela CERTIFICO: Que la firma que antecede, corresponde al puño y letra de la Dra. Marlene C. Primera Galué, Secretaria de esta Universidad. En Maracaibo, a los veintinueve días del mes de enero del año dos mil dieciséis. Años: 205 y 156.

Dr. Jorge Palencia Piña  
**RECTOR**

Red



República Bolivariana de Venezuela

Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior

Caracas, 16 de febrero de 2016

Caracas, 16 de febrero de 2016 - 205° y 16°

Se certifica la firma que antecede del ciudadano DR. JORGE PALENCIA PIÑA quien para la fecha del otorgamiento del presente documento era, como se expresa RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA sin prejuizar acerca de ningún otro extremo de fondo ni de forma.

NORA MELBA GARCIA

Según Resolución N° 148-FAU-ROU-01-2015  
Gaceta Oficial N° 40.585 del 21-01-2015



Bogotá, D.C.

Señor (a):

OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO

E-mail: oj.sanjuan@gmail.com

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL 13/07/16

RADICADO: 2016-EE-089245 Fol: 1 Anex: 1

Destino: OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO

Asunto: NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA

RESOLUCIÓN

Asunto: Notificación Electrónica de la Resolución n°. 14140 de 11 de JULIO de 2016.  
**IMPORTANTE:** Por favor contestar este correo, informando el recibido de la Resolución, es urgente.

Cordial Saludo,

Dando cumplimiento a la autorización de Notificación Electrónica que Usted firmó al momento de radicar su solicitud de convalidación, Me permito notificarle electrónicamente el contenido de la resolución No. 14140 de 11 de JULIO de 2016, para lo cual, le remito copia en archivo adjunto de la resolución antes mencionada, de acuerdo con lo contemplado en el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011, que establece:

*"Artículo 56. Notificación electrónica. Las autoridades podrán notificar sus actos a través de medios electrónicos, siempre que el administrado haya aceptado este medio de notificación.*

*Sin embargo, durante el desarrollo de la actuación el interesado podrá solicitar a la autoridad que las notificaciones sucesivas no se realicen por medios electrónicos, sino de conformidad con los otros medios previstos en el Capítulo Quinto del presente Título.*

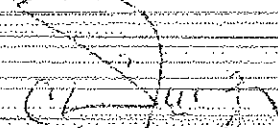
*La notificación quedará surtida a partir de la fecha y hora en que el administrado acceda al acto administrativo, fecha y hora que deberá certificar a la administración", por lo cual, esta notificación tiene plena validez.*

Contra este acto proceden los recursos de reposición y/o apelación, los cuales deberán interponerse por escrito ante el funcionario que dictó la decisión (Subdirectora de Aseguramiento de la Calidad de Educación Superior), en la diligencia de notificación personal, o dentro de los diez (10) días siguientes a ella (término común para los dos recursos), o a la notificación por aviso, o al vencimiento del término de publicación, según el caso.

El recurso de apelación podrá interponerse directamente, o como subsidiario del de reposición y cuando proceda será obligatorio para acceder a la jurisdicción (Artículo 76 Ley 1437 de 2011).

**IMPORTANTE:** Para que la notificación surta efectos legales, le solicito enviar correo electrónico informando que recibió la resolución, de forma inmediata. Además, no debe desplazarse hasta nuestra entidad en la ciudad de Bogotá. Es suficiente esta notificación electrónica.

Atentamente,

  
CLARA INÉS MARQUEZ VASQUEZ

Asesora Secretaría General

Unidad de Atención al Ciudadano

Revisó: Dajeda  
Preparó: Manmoreno

Santiago de Cali, 15 de Octubre de 2019

Señores

**MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL**

**ASUNTO:** Verificación de Convalidación

Cordial Saludo,

Con el fin de realizar el proceso de verificación de convalidaciones, según se encuentra establecido en la normatividad vigente, para efectos de vinculación y/o contratación, solicito a Ustedes se sirvan certificar las convalidaciones de las siguientes personas:

| NOMBRES<br>APELLIDOS               | Nº DE CEDULA | Nº DE<br>RESOLUCION Y<br>FECHA  | TITULO                                          | INSTITUCION QUE EXPIDIO EL<br>TITULO |
|------------------------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|
| SANJUAN<br>PALACIO<br>OSCAR JAVIER | 72.311.947   | 14140<br>11 DE JULIO DE<br>2016 | ESPECIALISTA EN<br>ORTOPEDIA Y<br>TRAUMATOLOGIA | UNIVERSIDAD DEL ZULIA<br>VENEZUELA   |

Favor, sírvase dirigir su respuesta a FABISALUD IPS SAS antes CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S,  
NIT 900.951.033-8, Avenida 5 Norte N° 22-26 o al correo  
[aux.ghumana@clinicacristorey.com.co](mailto:aux.ghumana@clinicacristorey.com.co)

Atentamente,



**DERLY MARGOTH MACIAS CHINCHAJOY**  
Auxiliar de gestión humana  
Clínica Cristo Rey Cali S.A.S

**Dirección:**

**Entrada Principal:** Calle 23 Norte 3-71- **Entrada Urgencias:** Avenida 4 Norte 22-46

## VERIFICACION DE CONVALIDACION DE TITULO

De: aux.ghumana@clinicacristorey.com.co <aux.ghumana@clinicacristorey.com.co>  
Enviado: Tue, Oct 15, 2019 a la(s) 9:35 am  
Para: atencionalciudadano@mineducacion.gov.co

---

img-0.png (28,2 KB) 20191015101717830.pdf (400,3 KB) — Descargar todos los

Señores

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL  
ASUNTO: Verificación de Convalidación

Cordial Saludo,

Con el fin de realizar el proceso de verificación de convalidaciones, según se encuentra establecido en la normatividad vigente, para efectos de vinculación y/o contratación, solicito a Ustedes se sirvan certificar las convalidaciones de las siguientes personas:

En el archivo adjunto carta de solicitud y documentos del señor SANJUAN PALACIO OSCAR JAVIER



Derly Margoth Macias Chinchajoy  
Auxiliar Gestion Humana  
aux.ghumana@clinicacristorey.com.co  
Tel: +57 2 387 6910 Ext: 309

Oscar Javier Sanjuan Palacio

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

14140

11 JUL 2016

Por medio de la cual se ratifica una solicitud de consolidación

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

en ejercicio de sus atribuciones legales y en ejercicio de las que le confiere el artículo 23 de Decreto 5012 de 2003 y la Resolución No 0015 de 19 de mayo de 2013

CONSIDERANDO:

Que OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 72.311.947, presenta para su consolidación el título de ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, otorgado el 13 de noviembre de 2015, por la UNIVERSIDAD DEL ZULIA, VENEZUELA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. ENT-2015-0012500.

Que el solicitante cursó parte del título de ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, otorgado por la UNIVERSIDAD LIBRE, COLOMBIA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2003, corresponde al Ministerio de Educación Nacional evaluar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que de conformidad con el artículo 27 de la Resolución 00550 de 13 de mayo de 2015, para efectos de la consolidación de títulos en el área de la salud, establece: "todas aquellas personas que se encuentren en situación de consolidación por parte de la Subdirección de Calidad de la Salud de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES), su propósito es que el Ministerio pueda otorgar un concepto adicional a los procedimientos de trámites y para consolidar los títulos de educación superior".

Que los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES), la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.

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

Examinada la solicitud,

RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.** Conceder y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, otorgado el 13 de noviembre de 2015, por la UNIVERSIDAD DEL ZULIA, VENEZUELA, a OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 72.311.947, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, a los efectos de consolidación de títulos de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 50 de 1992.

**PARÁGRAFO.** La consolidación que se hace por el presente título administrativo no exime al profesional del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** La presente resolución surte efecto a partir de la fecha de su expedición y aplica a todos los procedimientos de consolidación y otorgación de títulos de educación superior en el área de la salud, presentados o radicados en el Ministerio de Educación Nacional antes del 31 de diciembre de 2015, de acuerdo con el artículo 76 de la Ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚPLASE

Dada en Bogotá D.C., a los

11 JUL 2016

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

JEANNETTE ROCÍO GIL DE GONZÁLEZ

*Oscar Javier Sanjuan Palacio*



Libertad y Orden

República de Colombia  
Dirección Departamental de Salud del Cauca  
Dirección

RESOLUCION No. 19 - 1398

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA, en uso de sus atribuciones legales y de conformidad con el Decreto 01875 de agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud modificado por el Decreto 1352 del 2000 y,

**CONSIDERANDO:**

Que OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO con C.C. 72.311.947 de Puerto Colombia (Atlántico) ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO Y CIRUJANO según TITULO que le otorgó LA UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA, en Julio 19 de 2004.

Que dicho TITULO se encuentra debidamente registrado en el libro de Diplomas No 43 Folio No 117 Acta No 4704 por LA UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO en LA UNIDAD NIVEL 1 DE TIMBIQUI (Cauca) desde el 05 de Noviembre 2004 hasta el 05 de Mayo del 2005.

**RESUELVE:**

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a Que OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO con C.C. 72.311.947 de Puerto Colombia (Atlántico) Para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO en todo el territorio nacional.

El mencionado profesional quedara Registrado en la Dirección Departamental de Salud del Cauca en el libro de Registro de Médicos No 1, Folio No 122 Acta No 719

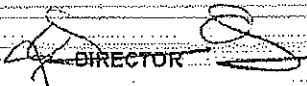
ARTICULO SEGUNDO: En cumplimiento del artículo 5 del Decreto 1875 de 1994, para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

**NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE**

Dada en Popayán, a los

23 Mayo 2005

  
DIRECTOR

Calle 5 Número 15-57 Tel: 092-8209600 Fax: 092-8209602  
www.ddsc.gov.co ddsc@mixmail.com  
Popayán, Cauca. - Colombia



Libertad y Orden

República de Colombia  
Dirección Departamental de Salud del Cauca  
Dirección

RESOLUCION No. 19

1398

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA, en uso de sus atribuciones legales y de conformidad con el Decreto 01875 de agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud modificado por el Decreto 1352 del 2000 y,

CONSIDERANDO:

Que OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO con C.C. 72.311.947 de Puerto Colombia (Atlántico) ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO Y CIRUJANO según TITULO que le otorgó LA UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA, en Julio 19 de 2004.

Que dicho TITULO se encuentra debidamente registrado en el libro de Diplomas No 43 Folio No 117 Acta No 4704 por LA UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO en LA UNIDAD NIVEL 1 DE TIMBIQUI (Cauca) desde el 05 de Noviembre 2004 hasta el 05 de Mayo del 2005,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a Que OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO con C.C. 72.311.947 de Puerto Colombia (Atlántico) Para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO en todo el territorio nacional.

El mencionado profesional quedara Registrado en la Dirección Departamental de Salud del Cauca en el libro de Registro de Médicos No 1, Folio No 122 Acta No 719

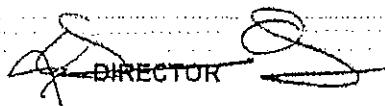
ARTICULO SEGUNDO: En cumplimiento del artículo 5 del Decreto 1875 de 1994, para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Popayán, a los

23 Mayo 2005

  
DIRECTOR

Calle 5 Número 15-57 Tel: 092-8209600 Fax: 092-8209602  
[www.ddsc.gov.co](http://www.ddsc.gov.co) [ddsc@mixmail.com](mailto:ddsc@mixmail.com)  
Popayán, Cauca. - Colombia



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano Av. Carretera 16 # 100-43 Oficina 601 - Edificio Avenida 16 BH. [info@colegiomedico colombiano.org](mailto:info@colegiomedico colombiano.org)

Firma Representante Colegio Médico Colombiano



GOBIERNO  
DE COLOMBIA



MINSALUD



COLEGIO MÉDICO  
COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD  
OSCAR JAVIER SAN JUAN PALACIO

C.C. /2311947

MÉDICO  
Universidad Libre  
Barranquilla

Grado: 19/07/2004

Reclut: 23/05/2005

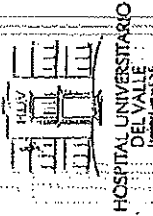
ESPECIALISTA EN ORTOPLEDIA Y  
TRAUMATOLOGIA





**Salamandra**

Centro Integración del Ciudadano



Hospital Universitario del Valle

Y

Fundación Salamandra

HACEN CONSTAR QUE

*Don Juan Manuel Pelaez*

ASISTIO AL

***Entrenamiento en Redinación  
Cardiopulmonar Básica y Avanzada***

Con una intensidad de 4 horas continuas en los componentes de

**SOPORTE BÁSICO DE VIDA**

Como constancia se firma en Cali, a los veintún (21) días del mes de Febrero de 2018

**LAUREANO QUINTERO**  
Director Científico  
FUNDACIÓN SALAMANDRA

**BARBARA ELIZABETH VILLA**  
Coordinadora Oficina de Educación  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

Search

SISPRO



Principal



SIDAM- SI Estandares de Medicam...



SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES

Sistema Integral de Información de la Protección Social

## ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nac

|                          |                            |                 |        |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|--------|
| Tipo de Identificación * | Número de Identificación * | Primer Nombre * | Primer |
| Cédula de Ciudadanía     | 72311947                   |                 |        |

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

1833

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2019-12-03→2:13:09 PM

| Tipo           | Nro.           | Primer | Segundo | Primer   | Si |
|----------------|----------------|--------|---------|----------|----|
| Identificación | Identificación | Nombre | Nombre  | Apellido | A  |
| CC             | 72311947       | OSCAR  | JAVIER  | SANJUAN  | P/ |

Información Detallada [CC: 72311947] OSCAR JAVIER SANJUAN P

2019-12-03→2:13:09 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen     | Obtención | Título                    | Profesión u Ocupación | Fecha desde que puede ejercer |
|---------------|------------|-----------|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| ESP           | Extranjero |           | Ortopedia y Traumatología |                       | 2016-07-11                    |
| UNV           | Local      |           | MEDICINA                  |                       | 2005-05-23                    |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con

## SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES

Sistema Integral de Información de la Protección Social

Registrarse

Ayuda

Principal

SIDAM - El Estándar de Medicamentos

## ReTHUS

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

Tipo de identificación

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de identificación \*

72311947

Primer Nombre \*

Primer Apellido \*

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

## Resultado General -2019-03-22→3:22:43 PM

| Tipo<br>Identificación | Nro.<br>Identificación | Primer<br>Nombre | Segundo<br>Nombre | Primer<br>Apellido | Segundo<br>Apellido | Detalles |
|------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|----------|
| CC                     | 72311947               | OSCAR            | JAVIER            | SANJUAN            | PALACIO             | Ver      |

## Información Detallada [CC: 72311947] OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO

2019-03-22→3:22:43 PM

## Información Académica

| Tipo<br>Programa | Origen<br>Obtención<br>Título | Profesión u<br>Ocupación     | Fecha desde que<br>puede ejercer | Entidad<br>Reportadora    |
|------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| UNV              | Local                         | MEDICINA                     | 2005/5/23                        | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| ESP              | Extranjero                    | Ortopedia y<br>Traumatología | 2016/7/11                        | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

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

# Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C-028368

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL  
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA  
MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) OSCAR SANJUAN PALACIO, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 72.311.947 de puerto colombia T.P. o R.M. No. 72311947 expedida por barranquilla, curse o haya cursado proceso disciplinario ético-profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Veintidós (22) días del mes de Marzo de dos mil diecinueve (2019) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ  
Presidente



Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975 Fax 6279587 Bogotá D.C.

Email [tnetmod@tribunalnacionaldeeticamedica.com](mailto:tnetmod@tribunalnacionaldeeticamedica.com) - [www.tribunalnacionaldeeticamedica.com](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.com)

**CHUBB**

Chubb Seguros Colombia S.A.  
Nit 860.026.518-6  
Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7  
Bogotá D.C.  
Colombia

(57 1) 326-6200 PBX  
(57 1) 319-0300  
(57 1) 319-0400  
(57 1) 319-0408 FAX  
www.chubb.com/co



**PROMEDICO**  
FONDO DE EMPLEADOS MÉDICOS DE COLOMBIA

**Certificado Individual de Seguro No. RCMCO0059578337**

**Póliza Matriz N° 16880**

**Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica**

|                                                        |                           |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>Información del tomador</b>                         |                           |
| <b>Seguro por cuenta tomado por:</b> PROMEDICO         | <b>NIT:</b> 890.310.418-4 |
| <b>Información del Asegurado</b>                       |                           |
| <b>Titular Asegurado:</b> OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO | <b>C.C.:</b> 72311947     |
| <b>Profesión:</b> ORTOPEDISTA                          |                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vigencia Póliza de responsabilidad civil médica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                       |
| <b>Fecha Inicio:</b> 30 de agosto de 2019<br>Desde Las 00:00 Horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Fecha Fin:</b> 29 de agosto de 2020<br>Terminación de Vigencia del Seguro a las 24:00 Horas                                        |
| El presente certificado conservará plena validez hasta que se incurra en alguna de las causales de terminación del contrato de seguro de que se trata, establecidas en las condiciones generales o en la ley.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
| <b>Responsabilidad civil médica cobertura básica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                       |
| En desarrollo del inciso 1ro del artículo 4to de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual, derivada de la responsabilidad civil en que incurra de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales. Los actos médicos erróneos que originen una reclamación, deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual. |                                                                                                                                       |
| <b>Beneficiarios:</b> - -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Fecha de Retroactividad:</b> 30/08/2018                                                                                            |
| <b>Límite Asegurado:</b> 400.000.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Deducible</b>                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Para límite de \$100.000.000 a \$600.000.000: 5% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$1.000.000 por todo y cada reclamo.    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Para límite de \$800.000.000 y \$1.000.000.000: 10% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$1.500.000 por todo y cada reclamo. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | No aplica deducible para Gastos de Defensa.                                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Extensiones de cobertura básica responsabilidad civil médica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |
| <b>Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Sublímite</b> |
| En caso de fallecimiento, incapacidad o insolvencia de cualquier persona natural considerada asegurado, la presente póliza se extenderá a cubrir los daños y/o gastos legales provenientes de una reclamación entablada contra el caudal hereditario, herederos o representante legales de tal asegurado por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente póliza.                                                | 100%             |
| La cobertura básica de responsabilidad civil médica, se extiende a cubrir al cónyuge de cualquier persona natural considerada asegurado, cuando éste deba asumir un daño y/o gastos legales derivados de una reclamación basada en un acto médico erróneo cometido por el asegurado en la prestación de sus servicios profesionales, y que como consecuencia, se pretenda obtener indemnización del patrimonio de los cónyuges. Lo anterior de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente póliza. | 100%             |
| Gastos legales incurridos en una investigación iniciada contra el asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 100%             |
| Gastos penales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 100%             |
| Cobertura para las cirugías reconstructivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 100%             |
| Cobertura para empleados no profesionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 100%             |
| Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 100%             |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Carrera. 11A No. 96-51 Oficina 203 Edificio Officey de Bogotá D.C Teléfono: (57) (1) 610 81 61 Fax: (57) (1) 610 81 64. Bogotá-Colombia. Correo electrónico: [defensoriachubb@ustarizabogados.com](mailto:defensoriachubb@ustarizabogados.com) Página Web: <http://www.ustarizabogados.com> ATENCIÓN AL CLIENTE - Chubb Seguros Colombia S.A. Calle 72 No. 10-51 Piso 4 Bogotá D.C. Teléfono (57) (1) 319 04 02 Correo electrónico: [servicioalcliente.co@chubb.com](mailto:servicioalcliente.co@chubb.com)

|                                                                                 |      |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|
| Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina | 100% |
| Cobertura de daños extra-patrimoniales                                          | 100% |

|                                                             |          |
|-------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Condiciones adicionales responsabilidad civil médica</b> |          |
| Periodo adicional para recibir reclamaciones                | 24 meses |
| Gastos de defensa sin deducible                             |          |

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| <b>Prima</b>                                    |            |
| Prima Responsabilidad Civil Médica Antes de Iva | 459.616,38 |
| Iva Prima Responsabilidad Civil Médica          | 87.327,11  |
| Prima Anual Total                               | 546.943,49 |

### Información importante

Este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.

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.

La renovación automática aplica bajo las siguientes condiciones:

1. Que el asegurado no tenga eventos, reclamaciones, procesos en curso o circunstancias que pueda afectar la presente póliza.
2. Que no haya habido un cambio en la especialidad médica que fue informada e incluida en el presente certificado.



**Chubb Seguros Colombia S.A.**  
Firma Autorizada

Chubb Seguros Colombia S.A.  
NIT: 860.026.518-6  
Calle 72 #10-51 Piso 7

Bogotá D.C., Colombia  
O +(571) 319 0300  
F +(571) 319 0408

CHUBB

## RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160114  
23/4/2012-1305-NT-06-ACESEGP&CMED0011

*Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza, han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.*

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el **Tomador**, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el **Asegurador**, el **Tomador** y el **Asegurado** acuerdan lo siguiente:

### CONDICIONES GENERALES

#### 1. COBERTURAS

##### COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL** DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY( Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LOS **ACTOS MÉDICO ERRÓNEO** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

#### 2. COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL PUNTO ANTERIOR Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

## **2.1. HEREDEROS LEGALES**

EN EL CASO DE FALLECIMIENTO, INCAPACIDAD O INSOLVENCIA DE CUALQUIER PERSONA NATURAL CONSIDERADA **ASEGURADO**, LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTENDERÁ A CUBRIR LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** ENTABLADA CONTRA EL CAUDAL HEREDITARIO, HEREDEROS O REPRESENTANTES LEGALES DE TAL **ASEGURADO** POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES LEGALES Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA.

## **2.2. CÓNYUGES**

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR AL CÓNYUGE DE CUALQUIER PERSONA NATURAL CONSIDERADA **ASEGURADO**, CUANDO ESTE DEBA ASUMIR UN **DAÑO Y/O GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** BASADA EN UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** COMETIDO POR EL **ASEGURADO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**, Y QUE COMO CONSECUENCIA, SE PRETENDA OBTENER INDEMNIZACIÓN DEL PATRIMONIO DE LOS CITADOS CÓNYUGES. LO ANTERIOR DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES LEGALES Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA.

## **2.3. GASTOS LEGALES INCURRIDOS EN UNA INVESTIGACIÓN INICIADA CONTRA EL ASEGURADO**

LA DEFINICIÓN DE **GASTOS LEGALES** SE EXTIENDE A CUBRIR, LOS GASTOS Y HONORARIOS QUE, PREVIAMENTE APROBADOS POR ESCRITO POR EL **ASEGURADOR**, SE GENEREN DE LA COMPARECENCIA DEL **ASEGURADO** A CUALQUIER PROCESO ADMINISTRATIVO O INVESTIGACIÓN FORMAL CORRESPONDIENTE A UNA **RECLAMACIÓN** DERIVADA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL **ASEGURADO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

## **2.4. GASTOS PENALES**

LA DEFINICIÓN DE **GASTOS LEGALES** SE EXTIENDE A CUBRIR, LOS **GASTOS LEGALES** QUE SE GENEREN DE LA COMPARECENCIA DE UN **ASEGURADO**, A UN PROCESO PENAL CORRESPONDIENTE A UNA **RECLAMACIÓN** DERIVADA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL **ASEGURADO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**. ESTA COBERTURA OPERARÁ POR REEMBOLSO AL **ASEGURADO**.

## **2.5. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS**

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR EL **DAÑO Y/O GASTOS LEGALES** PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

## **2.6. EMPLEADOS NO PROFESIONALES**

SE CUBRIRÁ LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS PERSONAS FÍSICAS INDEPENDIENTES Y NO PROFESIONALES CONTRATADAS POR EL **ASEGURADO**, SIEMPRE Y CUANDO MEDIE UNA PRUEBA FEHACIENTE DE QUE LA CONTRATACIÓN SE REALIZÓ ANTES DE QUE SE HAYA CAUSADO EL DAÑO. ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO LOS EMPLEADOS NO PROFESIONALES DESARROLLEN LABORES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** QUE PRESTA EL **ASEGURADO**, NO CONSTITUYAN EN SÍ MISMAS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** Y DICHOS SERVICIOS SEAN REALIZADOS EN NOMBRE, POR ORDEN Y BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DEL **ASEGURADO**.



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

*Consérvelo*

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación  
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MínSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

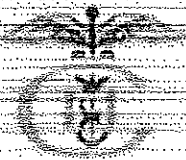
PROSPERIDAD  
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: *Oscar Javier*  
Apellidos: *Sanjuan Delgado*  
Documento de identidad: C.C. No. *7381947*  
Fecha de Nacimiento: Día *28* Mes *10* Año *1980*

| Biológico          | Dosis | Fecha    | Fabricante y Lote | Firma              |
|--------------------|-------|----------|-------------------|--------------------|
| Sarampión Rubéola  | 1     | 12-01-19 | 012 BN 47A        | <i>[Signature]</i> |
|                    | 2     | 15-02-16 | 022206            | <i>[Signature]</i> |
| Toxoide Tetánico   | 2     | 15-03-16 | 022226            | <i>[Signature]</i> |
| Diférico Td        | 3     | 20-08-16 | 022286            | <i>[Signature]</i> |
|                    | 4     | 18-03-17 | 22153764A         | <i>[Signature]</i> |
|                    | 5     | 20-04-18 | 221581316A        | <i>[Signature]</i> |
|                    | 1     | 10-12-17 | 03403000A         | <i>[Signature]</i> |
| Contra Hepatitis B | 2     | 15-01-18 | 03403000A         | <i>[Signature]</i> |
|                    | 3     | 13-06-18 | 03403000A         | <i>[Signature]</i> |
|                    | R     | 12-01-19 | 03403000A         | <i>[Signature]</i> |

| Biológico                | Dosis | Fecha    | Fabricante y Lote | Firma              |
|--------------------------|-------|----------|-------------------|--------------------|
| Contra Fiebre Amarilla   | 1     | 12-01-19 | 03403000A         | <i>[Signature]</i> |
| Contra Influenza         | 1     | 12-01-19 | 03403000A         | <i>[Signature]</i> |
| Virus de Papiloma Humano |       |          |                   |                    |



**COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS**

**MEDICOS Y ADMINISTRACION DE LA SALUD**

**COOPSERMAD**

**NIT. 900090426-3**

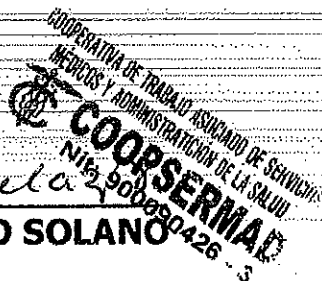
**LA OFICINA DE GESTION HUMANA DE LA COOPERATIVA DE  
TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS MEDICOS Y  
ADMINISTRACION DE LA SALUD (COOPSERMAD).**

**CERTIFICA**

Que el señor: **OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO** identificado con cédula de ciudadanía No. 72.311.947 de Pto. Colombia, se desempeña como **ESPECIALISTA EN ORTOPEdia**, siendo asociado de la cooperativa (**COOPSERMAD**) por contrato INDEFINIDO realizando su labor en la **SOCIEDAD MEDICA CLINICA MAICAO** desde el 01 de abril del año 2016 hasta la fecha; con una compensación mensual de \$10.485.993.

Se expide la presente certificación en el Municipio de Maicao, a los (19) días del mes de **MARZO** del año Dos Mil Diecinueve (2019) a petición del interesado.

  
**MARCELA ZAMBRANO SOLANO**  
**GERENTE**



**DIRECCION: CALLE 16 CARRERA 10**  
**CORREO: [cooperativacoopsermad@yahoo.com](mailto:cooperativacoopsermad@yahoo.com)**  
**TEL: 3017881375 GERENTE**



CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS  
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 21 de marzo de 2019, a las 17:24:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | CC                   |
| No. Identificación     | 72311947             |
| Código de Verificación | 72311947190321172432 |

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.

  
SORAYA VARGAS PULIDO  
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.  
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C.  
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 124356412



WEB

17:10:37

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de marzo del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), al(la) señor(a) OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía numero 72311947:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES.

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**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 ley o demás disposiciones vigentes. Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ  
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

### 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.

División Centro de Atención al Público (CAP)

Línea gratuita 018000910315; [dcap@procuraduria.gov.co](mailto:dcap@procuraduria.gov.co)

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.

[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)

POLICIA NACIONAL  
DE COLOMBIA

INSTITUCIÓN

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales****La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 17:25:50 horas del 21/03/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 72311947

Apellidos y Nombres: **SANJUAN PALACIO OSCAR JAVIER****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.



Avenida el Dorado N° 75 - 25  
Barrio Modelia, Bogotá DC  
Atención administrativa de  
lunes a viernes de 8:00 am -  
12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm  
Línea de Atención al  
Ciudadano - Bogotá D.C.  
5159700 / 30555  
Resto del país: 018000 910  
112  
Requerimientos ciudadanos  
24 horas  
E-mail:  
[lineadirecta@policia.gov.co](mailto:lineadirecta@policia.gov.co)

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA**

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

**CERTIFICA**

Que OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 72311947 está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 72311947                        |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO       |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 12/04/2016                         |
| FECHA RETIRO EPS SURA           | ACTIVO(A)                          |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 148                                |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 51                                 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

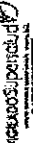
Fecha de generación: 22/03/2019

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

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Línea de Atención Desde Medellín 448 51 15 Resto del país 018000 519 519

[www.epssura.com](http://www.epssura.com)





SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.  
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 72,311,947, se encuentra afiliado(a) al AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Marzo de 2019.

Gerente de Clientes

|                                                                                   |                                                              |                    |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
|  | FORMATO                                                      | CODIGO:            | CR-GHU-FT-084 |
|                                                                                   | AUTORIZACION PARA VINCULACION ARL<br>PRESTADORES DE SERVICIO | VERSION:           | 001           |
|                                                                                   |                                                              | FECHA<br>VIGENCIA: | ENERO DE 2021 |

Santiago de Cali, 15 de Julio 2021

Señores:

FABISALUD IPS SAS

**Asunto: Autorización Para Vinculación ARL Prestadores de Servicio**

Yo, Osvaldo Javier Sanguin P identificado con Cédula No. 72311947 expedida en Pto. Colombia autorizo a la empresa, FABISALUD IPS SAS con NIT No. 900951033-8 en la ciudad de Cali, para que dentro del proceso de contratación y/o actualización del contrato por prestación de servicios, me vincule a la ARL Colmena en la cual me encuentro afiliado actualmente.

Adicional a ello hago constar que me encuentro afiliado a la EPS Suro Y al fondo de pensiones Provenir.

Cordialmente,

Firma: [Firma]  
Nombre completo: Osvaldo J. Sanguin P  
Documento identidad: 72311947  
Teléfono de contacto: 3045800152



| I. TRÁMITE         |                 |                           | Autorizado por la<br>Superintendencia<br>Bancaria para operar el<br>ramo de seguros de<br>riesgos laborales. |
|--------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO DE AFILIACIÓN | ARL ANTERIOR    | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO |                                                                                                              |
| AFILIACION         | ARL NO DEFINIDA | 16/07/2021 9:47:38        | Mediante resolución No.<br>2250 de octubre 14 de<br>1994                                                     |

| II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE |           |                       |                          |                               |
|-------------------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO                   | No        | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE | DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL | NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL |
| NI                                  | 900951033 | FABISALUD IPS S.A.S   | AV 4 NORTE 22 46         | 1077966                       |

| III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE |                                         |                            |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|--------------|
| CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO                                                                         | ACTIVIDAD ECONÓMICA                     | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | CLASE RIESGO |
| 1                                                                                                | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS | 3851101                    | 3            |
| DIRECCIÓN                                                                                        | MUNICIPIO                               | DEPARTAMENTO               |              |
| AV 4 NORTE 22 46                                                                                 | CALI                                    | Valle                      |              |

| IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                            |                                               |                       |      |  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|------|--|
| TIPO DE IDENTIDAD                                                      | NÚMERO                     | PRIMER APELLIDO                               | SEGUNDO APELLIDO      |      |  |
| CC                                                                     | 72311947                   | SAN JUAN                                      | PALACIO               |      |  |
| NOMBRE(S)                                                              | FECHA DE NACIMIENTO        | DIRECCIÓN RESIDENCIA                          |                       |      |  |
| OSCAR JAVIER                                                           | 28/10/1980                 | call 16 #6-45                                 |                       |      |  |
| CIUDAD DE RESIDENCIA                                                   | TELÉFONO RESIDENCIA        | CELULAR                                       | CORREO ELECTRÓNICO    | SEXO |  |
| MAICAO                                                                 | 7250300                    | 3045800152                                    | oj.sanjuan@gmail.com  | M    |  |
| LOCALIDAD/COMUNA                                                       | ZONA                       |                                               |                       |      |  |
| 12                                                                     | Rural                      |                                               |                       |      |  |
| EPS                                                                    | CÓDIGO                     | AFP                                           | CÓDIGO                |      |  |
| EPS Sura                                                               | 9                          | Porvenir                                      | 3                     |      |  |
| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN                                         | FECHA INICIO COBERTURA     | VALOR DEL CONTRATO                            |                       |      |  |
| Mes Anticipado                                                         | 17/7/2021                  | 27755855                                      |                       |      |  |
| TIPO DE CONTRATO                                                       | FECHA INICIO DE CONTRATO   | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO                    | SUMINISTRA TRANSPORTE |      |  |
| CIVIL                                                                  | 12/6/2021                  | 12/6/2022                                     | NO                    |      |  |
| DEDUCCIONES                                                            | INGRESO MENSUAL            | IBC                                           |                       |      |  |
| 0                                                                      | 908526                     | 908526                                        |                       |      |  |
| TIPO AFILIADO COTIZANTE                                                | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD                             | JORNADA               |      |  |
| Independiente                                                          | NO DEFINIDO                | Voluntario                                    | NO DEFINIDA           |      |  |
| ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                | CÓDIGO ACTIVIDAD           | CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                       |      |  |
| EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS                                | 3851101                    | 3                                             |                       |      |  |

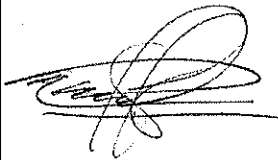
| HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES |
|-------------------------------------------|
|                                           |

| Día       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Lunes     |   |   | X |   |   | X |   |   | X |    |    | X  |    |    | X  |    |    | X  |    |    |    | X  |    |    |
| Martes    |   |   | X |   |   | X |   |   | X |    |    | X  |    |    | X  |    |    | X  |    |    |    | X  |    |    |
| Miércoles |   |   | X |   |   | X |   |   | X |    |    | X  |    |    | X  |    |    | X  |    |    |    | X  |    |    |
| Jueves    |   |   | X |   |   | X |   |   | X |    |    | X  |    |    | X  |    |    | X  |    |    |    | X  |    |    |
| Viernes   |   |   | X |   |   | X |   |   | X |    |    | X  |    |    | X  |    |    | X  |    |    |    | X  |    |    |
| Sábado    |   |   | X |   |   | X |   |   | X |    |    | X  |    |    | X  |    |    | X  |    |    |    | X  |    |    |
| Domingo   |   |   | X |   |   | X |   |   | X |    |    | X  |    |    | X  |    |    | X  |    |    |    | X  |    |    |

**DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES**

| NOMBRE DE LA ARL | CÓDIGO | NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR | NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR | TIPO DE CONTRATO |
|------------------|--------|----------------------------------|--------------------------------|------------------|
| ARL NO DEFINIDA  | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  | 0      |                                  |                                |                  |

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE | DECLARACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR. |                                                                                      |                                              |
| FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL                                                        | SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL |
| NOMBRE: _____                                                                                                                                                                                                                                                      | FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | NOMBRE: _____                                |

| I. TRÁMITE         |                 |                           | Autorizado por la<br>Superintendencia<br>Bancaria para operar el<br>ramo de seguros de<br>riesgos laborales.<br><br>Mediante resolución No.<br>2250 de octubre 14 de<br>1994 |
|--------------------|-----------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO DE AFILIACIÓN | ARL ANTERIOR    | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO |                                                                                                                                                                              |
| AFILIACION         | ARL NO DEFINIDA | 30/07/2020 12:46:59       |                                                                                                                                                                              |

| II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE |           |                       |                          |                               |
|-------------------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO                   | No        | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE | DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL | NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL |
| NI                                  | 900951033 | FABISALUD IPS S.A.S   | AV 4 NORTE 22 46         | 1077966                       |

| III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE |                                         |                            |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|--------------|
| CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO                                                                         | ACTIVIDAD ECONÓMICA                     | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | CLASE RIESGO |
| 1                                                                                                | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS | 3851101                    | 3            |
| DIRECCIÓN                                                                                        |                                         | MUNICIPIO                  | DEPARTAMENTO |
| AV 4 NORTE 22 46                                                                                 |                                         | CALI                       | Valle        |

| IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |                            |                            |                                               |      |  |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|------|--|
| TIPO DE IDENTIDAD                                                      | NÚMERO                     | PRIMER APELLIDO            | SEGUNDO APELLIDO                              |      |  |
| CC                                                                     | 72311947                   | SAN JUAN                   | PALACIO                                       |      |  |
| NOMBRE(S)                                                              |                            | FECHA DE NACIMIENTO        | DIRECCIÓN RESIDENCIA                          |      |  |
| OSCAR JAVIER                                                           |                            | 28/10/1980                 | call 16 #6-45                                 |      |  |
| CIUDAD DE RESIDENCIA                                                   | TELÉFONO RESIDENCIA        | CELULAR                    | CORREO ELECTRÓNICO                            | SEXO |  |
| MAICAO                                                                 | 7250300                    | 3045800152                 | oj.sanjuan@gmail.com                          | M    |  |
| LOCALIDAD/COMUNA                                                       |                            | ZONA                       |                                               |      |  |
|                                                                        |                            | Urbana                     |                                               |      |  |
| EPS                                                                    | CÓDIGO                     | AFP                        | CÓDIGO                                        |      |  |
| EPS Sura                                                               | 9                          | Porvenir                   | 3                                             |      |  |
| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN                                         |                            | FECHA INICIO COBERTURA     | VALOR DEL CONTRATO                            |      |  |
| Mes Anticipado                                                         |                            | 31/7/2020                  | 24000000                                      |      |  |
| TIPO DE CONTRATO                                                       | FECHA INICIO DE CONTRATO   | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE                         |      |  |
| CIVIL                                                                  | 21/6/2020                  | 20/6/2021                  | NO                                            |      |  |
| DEDUCCIONES                                                            | INGRESO MENSUAL            | IBC                        |                                               |      |  |
| 0                                                                      | 2000000                    | 877803                     |                                               |      |  |
| TIPO AFILIADO COTIZANTE                                                | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD          | JORNADA                                       |      |  |
| Independiente                                                          | NO DEFINIDO                | Voluntario                 | ROTATIVA                                      |      |  |
| ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                |                            | CÓDIGO ACTIVIDAD           | CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |      |  |
| EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS                                |                            | 3851101                    | 3                                             |      |  |

| HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES |
|-------------------------------------------|
|                                           |

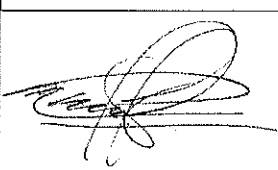
El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 30/07/2020 12:46:59. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

| Día       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Lunes     | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Martes    | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Miércoles | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Jueves    | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Viernes   | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Sábado    | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Domingo   | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |

**DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES**

| NOMBRE DE LA ARL | CÓDIGO | NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR | NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR | TIPO DE CONTRATO |
|------------------|--------|----------------------------------|--------------------------------|------------------|
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <p>DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE</p> | <p>DECLARACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.</p> |                                                                                      |                                                     |
| <p>FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL</p>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL</p>                                                 | <p>SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL</p> |
| <p>NOMBRE: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <p>NOMBRE: _____</p>                                |

| I. TRÁMITE         |                 |                           | Autorizado por la<br>Superintendencia<br>Bancaria para operar el<br>ramo de seguros de<br>riesgos laborales.<br><br>Mediante resolución No.<br>2250 de octubre 14 de<br>1994 |
|--------------------|-----------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO DE AFILIACIÓN | ARL ANTERIOR    | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO |                                                                                                                                                                              |
| AFILIACIÓN         | ARL NO DEFINIDA | 14/04/2020 9:08:25        |                                                                                                                                                                              |

| II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE |           |                       |                          |                               |
|-------------------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO                   | No        | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE | DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL | NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL |
| NI                                  | 900951033 | FABISALUD IPS S.A.S   | AV 4 NORTE 22 46         | 1077966                       |

| III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE |                                         |                            |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|--------------|
| CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO                                                                         | ACTIVIDAD ECONÓMICA                     | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | CLASE RIESGO |
| 1                                                                                                | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS | 3851101                    | 3            |
| DIRECCIÓN                                                                                        | MUNICIPIO                               | DEPARTAMENTO               |              |
| AV 4 NORTE 22 46                                                                                 | CALI                                    | Valle                      |              |

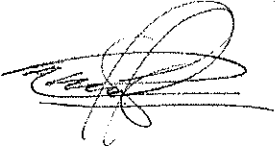
| IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR  |                            |                            |                                               |      |  |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|------|--|
| TIPO DE IDENTIDAD                                                       | NÚMERO                     | PRIMER APELLIDO            | SEGUNDO APELLIDO                              |      |  |
| CC                                                                      | 72311947                   | SAN JUAN                   | PALACIO                                       |      |  |
| NOMBRE(S)                                                               | FECHA DE NACIMIENTO        | DIRECCIÓN RESIDENCIA       |                                               |      |  |
| OSCAR JAVIER                                                            | 28/10/1980                 | call 16 #6-45              |                                               |      |  |
| CIUDAD DE RESIDENCIA                                                    | TELÉFONO RESIDENCIA        | CELULAR                    | CORREO ELECTRÓNICO                            | SEXO |  |
| MAICAO                                                                  | 7250300                    | 3045800152                 | oj.sanjuan@gmail.com                          | M    |  |
| LOCALIDAD/COMUNA                                                        |                            | ZONA                       |                                               |      |  |
|                                                                         |                            | Urbana                     |                                               |      |  |
| EPS                                                                     | CÓDIGO                     | AFP                        | CÓDIGO                                        |      |  |
| EPS Sura                                                                | 9                          | Porvenir                   | 3                                             |      |  |
| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN                                          |                            | FECHA INICIO COBERTURA     | VALOR DEL CONTRATO                            |      |  |
| Mes Anticipado                                                          |                            | 23/8/2019                  | 24000000                                      |      |  |
| TIPO DE CONTRATO                                                        | FECHA INICIO DE CONTRATO   | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE                         |      |  |
| CIVIL                                                                   | 21/6/2019                  | 20/6/2020                  | NO                                            |      |  |
| DEDUCCIONES                                                             | INGRESO MENSUAL            | IBC                        |                                               |      |  |
| 0                                                                       | 2000000                    | 828116                     |                                               |      |  |
| TIPO AFILIADO COTIZANTE                                                 | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD          | JORNADA                                       |      |  |
| Independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes | NO DEFINIDO                | Voluntario                 | ROTATIVA                                      |      |  |
| ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                 |                            | CÓDIGO ACTIVIDAD           | CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |      |  |
| EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS                                 |                            | 3851101                    | 3                                             |      |  |

| HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Día                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Lunes                                     | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Martes                                    | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Miércoles                                 | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Jueves                                    | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Viernes                                   | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Sábado                                    | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Domingo                                   | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |

**DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES**

| NOMBRE DE LA ARL | CÓDIGO | NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR | NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR | TIPO DE CONTRATO |
|------------------|--------|----------------------------------|--------------------------------|------------------|
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA  |        | 0                                |                                |                  |

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE | DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR. |                                                                                      |                                              |
| FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL                                                        | SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL |
| NOMBRE: _____                                                                                                                                                                                                                                                      | FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | NOMBRE: _____                                |



## CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

**NOMBRE:** SAN JUAN PALACIO OSCAR JAVIER  
**IDENTIFICACIÓN:** CC 72311947  
**INICIO VIGENCIA TRABAJADOR:** 23/08/2019  
**TIPO DE TRABAJADOR:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES  
**CLASE:** 3  
**TASA:** 2,436  
**CONTRATO TRABAJADOR:** 300496038  
**INGRESO MENSUAL:** \$2.000.000  
**ESTADO ACTUAL TRABAJADOR:** VIGENTE

### DATOS COTIZANTE

**CONTRATANTE:** FABISALUD IPS S.A.S  
**CC /NIT:** NI 900951033  
**CONTRATO:** 1077966  
**SEDE:** PRICIPAL  
**INICIO VIGENCIA CONTRATO:** 01/04/2016  
**ESTADO ACTUAL CONTRATO:** ACTIVO

La presente se expide a los 14 días del mes de abril del año 2020.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 14/04/2020 9:07:24. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

| I. TRÁMITE         |                 |                                                                                                                                                        |
|--------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO DE AFILIACIÓN | ARL ANTERIOR    | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO                                                                                                                              |
| AFILIACION         | ARL NO DEFINIDA | 22/08/2019 18:14:16                                                                                                                                    |
|                    |                 | Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.<br>Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994 |

| II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE |           |                       |                          |                               |
|-------------------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO                   | No        | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE | DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL | NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL |
| NI                                  | 900951033 | FABISALUD IPS S.A.S   | AV 4 NORTE 22 46         | 1077966                       |

| III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE |                                         |                            |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|--------------|
| CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO                                                                         | ACTIVIDAD ECONÓMICA                     | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | CLASE RIESGO |
| 1                                                                                                | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS | 3851101                    | 3            |
| DIRECCIÓN                                                                                        |                                         | MUNICIPIO                  | DEPARTAMENTO |
| AV 4 NORTE 22 46                                                                                 |                                         | CALI                       | Valle        |

| IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR  |                            |                            |                                               |      |  |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|------|--|
| TIPO DE IDENTIDAD                                                       | NÚMERO                     | PRIMER APELLIDO            | SEGUNDO APELLIDO                              |      |  |
| CC                                                                      | 72311947                   | SAN JUAN                   | PALACIO                                       |      |  |
| NOMBRE(S)                                                               |                            | FECHA DE NACIMIENTO        | DIRECCIÓN RESIDENCIA                          |      |  |
| OSCAR JAVIER                                                            |                            | 28/10/1980                 | cali 16 #6-45                                 |      |  |
| CIUDAD DE RESIDENCIA                                                    | TELÉFONO RESIDENCIA        | CELULAR                    | CORREO ELECTRÓNICO                            | SEXO |  |
| MAICAO                                                                  | 7250300                    | 3045800152                 | oj.sanjuan@gmail.com                          | M    |  |
| LOCALIDAD/COMUNA                                                        |                            | ZONA                       |                                               |      |  |
|                                                                         |                            | Urbana                     |                                               |      |  |
| EPS                                                                     | CÓDIGO                     | AFP                        | CÓDIGO                                        |      |  |
| EPS Sura                                                                | 9                          | Porvenir                   | 3                                             |      |  |
| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN                                          |                            | FECHA INICIO COBERTURA     | VALOR DEL CONTRATO                            |      |  |
| Mes Anticipado                                                          |                            | 23/8/2019                  | 24000000                                      |      |  |
| TIPO DE CONTRATO                                                        | FECHA INICIO DE CONTRATO   | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE                         |      |  |
| CIVIL                                                                   | 21/6/2019                  | 20/6/2020                  | NO                                            |      |  |
| DEDUCCIONES                                                             | INGRESO MENSUAL            | IBC                        |                                               |      |  |
| 0                                                                       | 2000000                    | 828116                     |                                               |      |  |
| TIPO AFILIADO COTIZANTE                                                 | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD          | JORNADA                                       |      |  |
| Independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes | NO DEFINIDO                | Voluntario                 | ROTATIVA                                      |      |  |
| ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                 |                            | CÓDIGO ACTIVIDAD           | CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |      |  |
| EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS                                 |                            | 3851101                    | 3                                             |      |  |

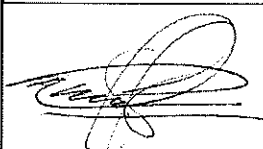
El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 22/08/2019 18:14:16. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.



| HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Día                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Lunes                                     | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Martes                                    | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Miércoles                                 | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Jueves                                    | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Viernes                                   | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Sábado                                    | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |
| Domingo                                   | X |   | X |   | X |   | X |   | X |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    | X  |    |

| DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES |        |                                  |                                |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------|--------------------------------|------------------|
| NOMBRE DE LA ARL                                                                     | CÓDIGO | NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR | NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR | TIPO DE CONTRATO |
| ARL NO DEFINIDA                                                                      | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA                                                                      | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA                                                                      | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA                                                                      | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA                                                                      | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA                                                                      | 0      |                                  |                                |                  |
| ARL NO DEFINIDA                                                                      | 0      |                                  |                                |                  |

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE | DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR. |                                                                                      |                                              |
| FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL                                                        | SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL |
| NOMBRE: _____                                                                                                                                                                                                                                                      | FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | NOMBRE: _____                                |

## Certificado de Aportes

Se certifica que OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO identificado(a) con CC 72311947 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

| APORTANTE: SANJUAN PALACIO OSCAR JAVIER CC 72311947 |            |               |            |        |        |                          |                                |         |      |           |     |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------------------------------|------------|---------------|------------|--------|--------|--------------------------|--------------------------------|---------|------|-----------|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                                                     |            |               |            |        |        |                          |                                |         |      | Novedades |     |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |     |     |     |
| Clave Planilla                                      | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora           | Concepto                       | Periodo | Días | ing       | ret | de | tae | tup | tap | vsp | cor | yst | sh | ige | lma | yac | avp | vct | trj | vip |
| 8494451872                                          | 467806554  | I             | 2019-07-09 | EPS    | EPS010 | EPS SURA (ANTES SUSALUD) | COTIZACIÓN OBLIGATORIA         | 2019-06 | 30   |           |     |    |     |     |     |     |     | X   |    |     |     |     |     |     |     |     |
| 8494451872                                          | 467806554  | I             | 2019-07-09 | AFP    | 230301 | PORVENIR                 | COTIZACIÓN OBLIGATORIA         | 2019-06 | 30   |           |     |    |     |     |     |     |     | X   |    |     |     |     |     |     |     |     |
| 8494451872                                          | 467806554  | I             | 2019-07-09 | ARL    | 14-25  | COLMENA                  | COTIZACIÓN OBLIGATORIA         | 2019-06 | 30   |           |     |    |     |     |     |     |     | X   |    |     |     |     |     |     |     |     |
| 8494451872                                          | 467806554  | I             | 2019-07-09 | FSP    | 230301 | PORVENIR                 | FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | 2019-06 | 30   |           |     |    |     |     |     |     |     | X   |    |     |     |     |     |     |     |     |
| 8494451872                                          | 467806554  | I             | 2019-07-09 | SUB    | 230301 | PORVENIR                 | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA      | 2019-06 | 30   |           |     |    |     |     |     |     |     | X   |    |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2019-08-22 a las 18:08.

Se certifica que OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO identificado(a) con CC 72311947 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

| APORTANTE: SANJUAN PALACIO OSCAR JAVIER CC 72311947 |            |               |            |        |        |                          |                                |         |      |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |
|-----------------------------------------------------|------------|---------------|------------|--------|--------|--------------------------|--------------------------------|---------|------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|
| Clave Planilla                                      | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora           | Concepto                       | Periodo | Días | Novedades |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |
|                                                     |            |               |            |        |        |                          |                                |         |      | ing       | ret | tde | tas | tóp | tap | vsp | cor | vst | sin | ise | lms | vac | avp | vct | tr | vip |
| 8495609793                                          | 480217105  | I             | 2019-08-09 | EPS    | EPS010 | EPS SURA (ANTES SUSALUD) | COTIZACIÓN OBLIGATORIA         | 2019-07 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |    |     |
| 8495609793                                          | 480217105  | I             | 2019-08-09 | AFP    | 230301 | PORVENIR                 | COTIZACIÓN OBLIGATORIA         | 2019-07 | 30   |           |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |    |     |
| 8495609793                                          | 480217105  | I             | 2019-08-09 | ARL    | 14-25  | COLMENA                  | COTIZACIÓN OBLIGATORIA         | 2019-07 | 30   |           |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |    |     |
| 8495609793                                          | 480217105  | I             | 2019-08-09 | FSP    | 230301 | PORVENIR                 | FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | 2019-07 | 30   |           |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |    |     |
| 8495609793                                          | 480217105  | I             | 2019-08-09 | SUB    | 230301 | PORVENIR                 | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA      | 2019-07 | 30   |           |     |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |    |     |

Este certificado se expide el día 2019-08-22 a las 18:08.



FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-1980

BARRANQUILLA  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

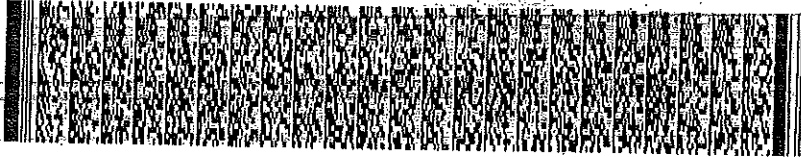
SEXO

16-ABR-1999 PUERTO COLOMBIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1220000-00844642-M-007231947-20160824

0050719994A.1

45027542

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 72.311.947

SANJUAN PALACIO

APELLIDOS

OSCAR JAVIER

NOMBRES



FIRMA

**CHUBB**

Chubb Seguros Colombia S.A.  
 Nit 860.026.518-6  
 Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7  
 Bogotá D.C.  
 Colombia

(57 1) 326-6200 PBX  
 (57 1) 319-0300  
 (57 1) 319-0400  
 (57 1) 319-0408 FAX  
 www.chubb.com/co



**PROMEDICO**  
 FONDO DE EMPLEADOS MEXICANOS DE COLOMBIA

**Certificado Individual de Seguro No. 00087CO00004213**

**Póliza Matriz N° 16880**

**Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica**

|                                                        |                           |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>Información del tomador</b>                         |                           |
| <b>Seguro por cuenta tomado por:</b> PROMEDICO         | <b>NIT:</b> 890.310.418-4 |
| <b>Información del Asegurado</b>                       |                           |
| <b>Titular Asegurado:</b> OSCAR JAVIER SANJUAN PALACIO | <b>C.C.:</b> 72311947     |
| <b>Profesión:</b> ORTOPEDISTA                          |                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vigencia Póliza de responsabilidad civil médica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                       |
| <b>Fecha Inicio:</b> 30 de agosto de 2018<br>Desde Las 00:00 Horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Fecha Fin:</b> 30 de agosto de 2019<br>Terminación de Vigencia del Seguro a las 24:00 Horas                                        |
| El presente certificado conservará plena validez hasta que se incurra en alguna de las causales de terminación del contrato de seguro de que se trata, establecidas en las condiciones generales o en la ley.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
| <b>Responsabilidad civil médica cobertura básica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                       |
| En desarrollo del inciso 1ro del artículo 4to de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual, derivada de la responsabilidad civil en que incurra de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales. Los actos médicos erróneos que originen una reclamación, deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual. |                                                                                                                                       |
| <b>Beneficiarios:</b> Terceros afectados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Fecha de Retroactividad:</b> 30/08/2018                                                                                            |
| <b>Límite Asegurado:</b> 400.000.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Deducible</b>                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Para límite de \$100.000.000 a \$600.000.000: 5% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$1.000.000 por todo y cada reclamo.    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Para límite de \$800.000.000 y \$1.000.000.000: 10% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$1.500.000 por todo y cada reclamo. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | No aplica deducible para Gastos de Defensa.                                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Extensiones de cobertura básica responsabilidad civil médica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |
| <b>Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Sublímite</b> |
| En caso de fallecimiento, incapacidad o insolvencia de cualquier persona natural considerada asegurado, la presente póliza se extenderá a cubrir los daños y/o gastos legales provenientes de una reclamación entablada contra el caudal hereditario, herederos o representante legales de tal asegurado por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente póliza.                                                | 100%             |
| La cobertura básica de responsabilidad civil médica, se extiende a cubrir al cónyuge de cualquier persona natural considerada asegurado, cuando éste deba asumir un daño y/o gastos legales derivados de una reclamación basada en un acto médico erróneo cometido por el asegurado en la prestación de sus servicios profesionales, y que como consecuencia, se pretenda obtener indemnización del patrimonio de los cónyuges. Lo anterior de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente póliza. | 100%             |
| Gastos legales incurridos en una investigación iniciada contra el asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 100%             |
| Gastos penales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 100%             |
| Cobertura para las cirugías reconstructivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 100%             |
| Cobertura para empleados no profesionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 100%             |
| Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 100%             |

|                                                                                 |      |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|
| Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina | 100% |
| Cobertura de daños extra-patrimoniales                                          | 100% |

|                                                             |          |
|-------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Condiciones adicionales responsabilidad civil médica</b> |          |
| Periodo adicional para recibir reclamaciones                | 24 meses |
| Gastos de defensa sin deducible                             |          |

|                                                 |            |
|-------------------------------------------------|------------|
| <b>Prima</b>                                    |            |
| Prima Responsabilidad Civil Médica Antes de Iva | 459.616,38 |
| Iva Prima Responsabilidad Civil Médica          | 87.327,11  |
| Prima Anual Total                               | 546.943,49 |

### Información importante

Este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.

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.

La renovación automática aplica bajo las siguientes condiciones:

1. Que el asegurado no tenga eventos, reclamaciones, procesos en curso o circunstancias que pueda afectar la presente póliza.
2. Que no haya habido un cambio en la especialidad médica que fue informada e incluida en el presente certificado.

*Jaime Chubb*

Chubb Seguros Colombia S.A.  
Firma Autorizada

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: FABISALUD IPS SAS .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**, también mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIAS URGENCIAS, CIRUGIAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y LOS CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN, de **FABISALUD IPS SAS**; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA**, en su condición de médico **ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a cubrir los servicios de: CIRUGIAS DE URGENCIAS, PRIORITARIAS Y PROGRAMADAS, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) Las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 01 de enero de 2021, hasta el día 31 de diciembre de 2021. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** **FABISALUD IPS SAS**, pagará al **CONTRATISTA**, con ocasión del presente contrato, las siguientes TARIFAS: Por concepto de CIRUGIAS, a pacientes SOAT, al valor SOAT VIGENTE, menos el 20%; a pacientes EPS (S), PARTICULARES Y OTRAS, a la tarifa ISS mas el 15%. **PARAGRAFO 1.** Las anteriores tarifas operan, bien CIRUGIAS PRIORITARIAS, POPROGRAMADAS O DE URGENCIAS; entendiéndose que las interconsultas postquirúrgicas, hacen parte del procedimiento. **PARAGRAFO 2.** Las consultas postquirúrgica, hacen parte del procedimiento; como tal, no generan pago de ninguna clase. **PARAGRAFO 3.** La suma de OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS \$833.333.00, por cada 24 horas, que el profesional esté pendiente de llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la Clínica, dentro

del cual, deberá asistir a la institución, si fuere el caso, con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por **FABISALUD IPS SAS**, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del **CONTRATISTA:** **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con **FABISALUD IPS SAS**, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por **FABISALUD IPS SAS**, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE FABISALUD IPS SAS:** Son obligaciones de **FABISALUD IPS SAS.** **1.** Pagar al **CONTRATISTA**, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL **CONTRATISTA** hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento dela **CONTRATISTA**, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte dela **CONTRATISTA**, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, **FABISALUD IPS SAS**, liquidará y pagará al **CONTRATISTA**, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo



**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** FABISALUD IPS SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a FABISALUD IPS SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de FABISALUD IPS SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de FABISALUD IPS SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por FABISALUD IPS SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba FABISALUD IPS SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de FABISALUD IPS SAS.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden. En caso que FABISALUD IPS SAS pague los aportes a los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), este descontará al CONTRATISTA del valor facturado lo correspondiente a lo pagado.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni FABISALUD IPS SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DECIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder

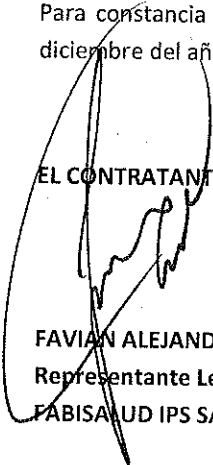
de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. 2. De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. 3. Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: **FABISALUD IPS SAS**, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la CARRERA 3 OESTE N°56-350 CASA 34, Teléfono. 3218333392

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 31 de diciembre del año dos mil veinte (2020).

  
EL CONTRATANTE

FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES  
Representante Legal  
FABISALUD IPS SAS

EL CONTRATISTA

  
DENIS EDMOND COBO OLIVEROS  
C.C. 16.645.161 DE CALI

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: FABISALUD IPS SAS .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**, también mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIAS URGENCIAS, CIRUGIAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y LOS CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN, de **FABISALUD IPS SAS**; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA**, en su condición de médico **ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a cubrir los servicios de: CIRUGIAS DE URGENCIAS, PRIORITARIAS Y PROGRAMADAS, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) Las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 01 de Enero de 2020, hasta el día 31 de Diciembre de 2020. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** **FABISALUD IPS SAS**, pagará al **CONTRATISTA**, con ocasión del presente contrato, las siguientes TARIFAS: Por concepto de CIRUGIAS, a pacientes SOAT, al valor SOAT VIGENTE, menos el 20%; a pacientes EPS (S), PARTICULARES Y OTRAS, a la tarifa ISS mas el 15%. **PARAGRAFO 1.** Las anteriores tarifas operan, bien CIRUGIAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS O DE URGENCIAS; entendiendo que las interconsultas postquirúrgicas, hacen parte del procedimiento. **PARAGRAFO 2.** Las consultas postquirúrgica, hacen parte del procedimiento; como tal, no generan pago de ninguna clase. **PARAGRAFO 3.** La suma de OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS \$833.333.00, por cada 24 horas, que el profesional esté pendiente de llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la Clínica, dentro del cual, deberá asistir a la institución, si fuere el caso, con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por **FABISALUD IPS SAS**, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del **CONTRATISTA:** **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con **FABISALUD IPS SAS**, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por **FABISALUD IPS SAS**, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE FABISALUD IPS SAS:** Son obligaciones de **FABISALUD IPS SAS.** **1.** Pagar al **CONTRATISTA**, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL **CONTRATISTA** hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento de la **CONTRATISTA**, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte de la **CONTRATISTA**, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, **FABISALUD IPS SAS**, liquidará y pagará al **CONTRATISTA**, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** **FABISALUD IPS SAS**, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a **FABISALUD IPS SAS**, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de **FABISALUD IPS SAS**, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de **FABISALUD IPS SAS**. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por **FABISALUD IPS SAS**, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba **FABISALUD IPS SAS**. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de **FABISALUD IPS SAS**.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden. En caso que **FABISALUD IPS SAS** pague los aportes a los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), este descontará al CONTRATISTA del valor facturado lo correspondiente a lo pagado.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni **FABISALUD IPS SAS** subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DECIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: **FABISALUD IPS SAS**, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la CARRERA 3 OESTE N° 56 – 350 CASA 34, Teléfono. 3218333392.

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 31 de Diciembre del año dos mil diecinueve (2019).

**EL CONTRATANTE**

**PAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
FABISALUD IPS SAS

**EL CONTRATISTA**

*Edmond Cobo*

**DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**  
C.C. 16.645.161 DE CALI

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: CLINICA CRISTO REY CALI SAS .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **CRISTO REY CALI SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**, también mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIAS URGENCIAS, CIRUGIAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y LOS CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN, de CLINICA CRISTO REY CALI SAS; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA**, en su condición de médico **ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante CLINICA CRISTO REY CALI SAS, a cubrir los servicios de: CIRUGIAS DE URGENCIAS, PRIORITARIAS Y PROGRAMADAS, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) Las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 01 de Enero de 2019, hasta el día 31 de Diciembre de 2019. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS. CLINICA CRISTO REY CALI SAS**, pagará al **CONTRATISTA**, con ocasión del presente contrato, las siguientes TARIFAS: Por concepto de CIRUGIAS, a pacientes SOAT, al valor SOAT VIGENTE, menos el 20%; a pacientes EPS (S), PARTICULARES Y OTRAS, a la tarifa ISS mas el 15%. **PARAGRAFO 1.** Las anteriores tarifas operan, bien CIRUGIAS PRIORITARIAS, POPROGRAMADAS O DE URGENCIAS; entendiendo que las interconsultas postquirúrgicas, hacen parte del procedimiento. **PARAGRAFO 2.** Las consultas postquirúrgica, hacen parte del procedimiento; como tal, no generan pago de ninguna clase. **PARAGRAFO 3.** La suma de OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS \$833.333.00, por cada 24 horas, que el profesional esté pendiente de llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la Clínica, dentro del cual, deberá asistir a la institución, si fuere el caso, con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. PARAGRAFO: Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del CONTRATISTA: **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con CLINICA CRISTO REY CALI SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE CLINICA CRISTO REY CALI SAS:** Son obligaciones de CLINICA CRISTO REY CALI SAS. **1.** Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento dela CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte dela CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de CLINICA RISTO REY CALI SAS, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, CLINICA CRISTO REY CALI SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.



**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de CLINICA CRISTO REY CALI SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de CLINICA CRISTO REY CALI SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: 1. Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba CLINICA CRISTO REY CALI SAS. 2. Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de CLINICA CRISTO REY CALI SAS.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni CLINICA CRISTO REY CALI SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DECIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: 1. En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. 2. De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. 3. Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

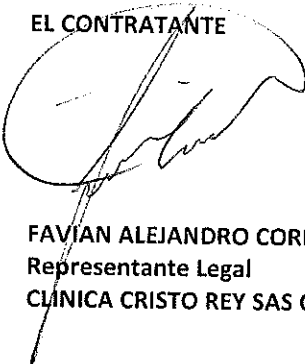
**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: CLINICA CRISTO REY CALI SAS, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la CARRERA 3 OESTE N° 56 -350 CASA 34 Teléfono. 3218333392

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 31 de Diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

**EL CONTRATANTE**



**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
CLINICA CRISTO REY SAS CALI

**EL CONTRATISTA**



**DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**  
C.C. 16.645.161 DE CALI

## **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

**CONTRATANTE: CLINICA CRISTO REY CALI SAS .NIT.900951033-8**

**CONTRATISTA: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **CRISTO REY CALI SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**, también mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIAS URGENCIAS, CIRUGIAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y LOS CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN, de CLINICA CRISTO REY CALI SAS; que en lo general, se registrá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### **CLÁUSULAS:**

**PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA**, en su condición de médico ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante CLINICA CRISTO REY CALI SAS, a cubrir los servicios de: CIRUGIAS DE URGENCIAS, PRIORITARIAS Y PROGRAMADAS, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) Las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 16 de Septiembre de 2016, hasta el día 15 de Septiembre de 2017. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS. CLINICA CRISTO REY CALI SAS**, pagará al **CONTRATISTA**, con ocasión del presente contrato, las siguientes TARIFAS: Por concepto de CIRUGIAS, a pacientes SOAT, al valor SOAT VIGENTE, menos el 20%; a pacientes EPS (S), PARTICULARES Y OTRAS, a la tarifa ISS mas el 15%. **PARAGRAFO 1.** Las anteriores tarifas operan, bien CIRUGIAS PRIORITARIAS, POPROGRAMADAS O DE URGENCIAS; entendiendo que las interconsultas postquirúrgicas, hacen parte del procedimiento. **PARAGRAFO 2.** Las consultas postquirúrgica, hacen parte del procedimiento; como tal, no generan pago de ninguna clase. **PARAGRAFO 3.** **DISPONIBILIDAD:** Por concepto de DISPONIBILIDAD, se le cancela la suma de OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS \$833.333.00, por veinticuatro horas; entendiendo por este, el contratista, debe estar disponible para cualquier eventualidad que se presente; si fuere el caso, asistir a las instalaciones de la Clínica, con una respuesta a PACIENTE QUIRURGICO, de manera inmediata; Los otros, de acuerdo a la prioridad del paciente.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del CONTRATISTA: **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con CLINICA CRISTO REY CALI SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE CLINICA CRISTO REY CALI SAS:** Son obligaciones de CLINICA CRISTO REY CALI SAS. **1.** Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por si mismo o por medio de un tercero que designe para ello.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento dela CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte dela CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de CLINICA RISTO REY CALI SAS, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, CLINICA CRISTO REY CALI SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a CLINCA CRISTO REY CALI SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de CLINCA CRISTO REY CALI SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de CLINCA CRISTO REY CALI SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por CLINCA CRISTO REY CALI SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba CLINCA CRISTO REY CALI SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de CLINCA CRISTO REY CALI SAS.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden.

**DECIMA SEXTA: AUSENCIA VÍNCULO LABORAL:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, técnica y directiva, asumiendo todos los riesgos y prestando los servicios con sus propios medios, equipos y elementos los cuales deberá procurarse en forma oportuna, bajo toda su responsabilidad y con el control efectivo de los mismos, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables, debido a que EL CONTRATISTA no actúa ni como trabajador, ni como intermediario de CLINCA CRISTO REY CALI SAS, a quien libera de toda responsabilidad. Adicionalmente EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a CLINCA CRISTO REY CALI SAS por cualquier reclamación judicial o extrajudicial por estos conceptos.

**DECIMA SEPTIMA: REGULACIÓN INTEGRAL.** El presente contrato regula integralmente la relación entre las partes y en consecuencia deja sin valor y efecto cualquier acuerdo verbal o escrito que existiere anteriormente entre ellas y sobre la misma materia. Las partes se declaran mutua y expresamente a paz y salvo por cualquier relación comercial escrita o verbal que entre ellos hubiera existido con anterioridad al presente contrato, renunciando expresamente a cualquier derecho o acción que se pudiera derivar de las relaciones preexistentes entre las partes.

**DECIMA OCTAVA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni CLINCA CRISTO REY CALI SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA NOVENA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**VIGÉSIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o

delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. 2. De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. 3. Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

**VIGÉSIMA PRIMERA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA SEGUNDA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA TERCERA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: CLINCA CRISTO REY CALI SAS, en la AV 4N # 23N-71 de Cali, y el contratista en la CARRERA 3 OESTE 56 – 350 CASA 34 CONDOMINIO ALTOS DE GUADALUPE, Teléfono. 5134866 - 3218333392

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 16 de Septiembre del año dos mil dieciséis (2016).

**EL CONTRATANTE**



**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
CLINICA CRISTO REY SAS CALI

**EL CONTRATISTA**



**DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**  
C.C. 16.645.161 DE CALI



**OTRO SI AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUSCRITO EL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2016**

|                                       |                                               |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATANTE:               | NOMBRE DEL CONTRATISTA:                       |
| CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S         | COBO OLIVEROS DENIS EDMOND<br>C.C. 16.645.161 |
| MODIFICACIÓN A LA CLAUSULA<br>TERCERA |                                               |

Entre EL CONTRATANTE y EL CONTRATISTA, en las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de nuestras firmas, se ha modificado el contrato de prestación de servicios suscrito entre estos el día 16 de SEPTIEMBRE de 2016, en lo referente a la cláusula tercera. La cual se modifica que el vencimiento del contrato será el día 31 de diciembre de 2017.

En los demás aspectos queda igual.

Para constancia se firma el presente otro si, en dos ejemplares del mismo tenor y valor, en la ciudad y fecha que se indican a continuación: SANTIAGO DE CALI, 20 DE NOVIEMBRE DE 2017.

EL CONTRATISTA

CLÍNICA  
CRISTO REY  
GERENCIA

CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S

NIT 900.951.033-8

EL CONTRATANTE

COBO OLIVEROS DENIS

C.C. No. 16.645.161

SECRET  
NOFORN  
NOFORN  
NOFORN  
NOFORN



## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: CLINICA CRISTO REY CALI SAS .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **CRISTO REY CALI SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**, también mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIAS URGENCIAS, CIRUGIAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y LOS CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN, de CLINICA CRISTO REY CALI SAS; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA**, en su condición de médico ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante CLINICA CRISTO REY CALI SAS, a cubrir los servicios de: CIRUGIAS DE URGENCIAS, PRIORITARIAS Y PROGRAMADAS, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) Las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 01 de ENERO de 2018, hasta el día 31 de DICIEMBRE 2018. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, pagará al **CONTRATISTA**, con ocasión del presente contrato, las siguientes TARIFAS: Por concepto de CIRUGIAS, a pacientes SOAT, al valor SOAT VIGENTE, menos el 20%; a pacientes EPS (S), PARTICULARES Y OTRAS, a la tarifa ISS mas el 15%. **PARAGRAFO 1.** Las anteriores tarifas operan, bien CIRUGIAS PRIORITARIAS, POPROGRAMADAS O DE URGENCIAS; entendiendo que las interconsultas postquirúrgicas, hacen parte del procedimiento. **PARAGRAFO 2.** Las consultas postquirúrgica, hacen parte del procedimiento; como tal, no generan pago de ninguna clase. **PARAGRAFO 3.** **DISPONIBILIDAD:** Por concepto de **DISPONIBILIDAD**, se le cancela la suma de OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS \$833.333.00, por veinticuatro horas; entendiendo por este, el contratista, debe estar disponible para cualquier eventualidad que se presente; si fuere el caso, asistir a las instalaciones de la Clínica, con una respuesta a **PACIENTE QUIRURGICO**, de manera inmediata; Los otros, de acuerdo a la prioridad del paciente.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del CONTRATISTA: **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con CLINICA CRISTO REY CALI SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE CLINICA CRISTO REY CALI SAS:** Son obligaciones de CLINICA CRISTO REY CALI SAS. **1.** Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento dela CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte dela CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de CLINICA RISTO REY CALI SAS, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, CLINICA CRISTO REY CALI SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a CLINCA CRISTO REY CALI SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de CLINCA CRISTO REY CALI SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de CLINCA CRISTO REY CALI SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por CLINCA CRISTO REY CALI SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: 1. Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba CLINCA CRISTO REY CALI SAS. 2. Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de CLINCA CRISTO REY CALI SAS.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden.

**DECIMA SEXTA: AUSENCIA VÍNCULO LABORAL:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, técnica y directiva, asumiendo todos los riesgos y prestando los servicios con sus propios medios, equipos y elementos los cuales deberá procurarse en forma oportuna, bajo toda su responsabilidad y con el control efectivo de los mismos, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables, debido a que EL CONTRATISTA no actúa ni como trabajador, ni como intermediario de CLINCA CRISTO REY CALI SAS, a quien libera de toda responsabilidad. Adicionalmente EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a CLINCA CRISTO REY CALI SAS por cualquier reclamación judicial o extrajudicial por estos conceptos.

**DECIMA SEPTIMA: REGULACIÓN INTEGRAL.** El presente contrato regula integralmente la relación entre las partes y en consecuencia deja sin valor y efecto cualquier acuerdo verbal o escrito que existiere anteriormente entre ellas y sobre la misma materia. Las partes se declaran mutua y expresamente a paz y salvo por cualquier relación comercial escrita o verbal que entre ellos hubiera existido con anterioridad al presente contrato, renunciando expresamente a cualquier derecho o acción que se pudiera derivar de las relaciones preexistentes entre las partes.

**DECIMA OCTAVA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni CLINCA CRISTO REY CALI SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA NOVENA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**VIGÉSIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: 1. En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o

delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. 2. De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. 3. Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

**VIGÉSIMA PRIMERA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA SEGUNDA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

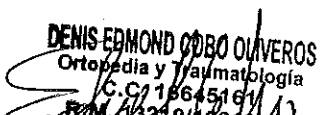
**VIGESIMA TERCERA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: CLINICA CRISTO REY CALI SAS, en la AV 4N # 23N-71 de Cali, y el contratista en CARRERA 3 OESTE N° 56-350, Teléfono. 3218333392

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 01 de ENERO del año dos mil dieciocho (2018).

**EL CONTRATANTE**

**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
CLINICA CRISTO REY SAS CALI

  
EL CONTRATISTA  
GERENCIA

  
**DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**  
Ortopedia y Traumatología  
C.C. 16.645.161  
E.M. 03210/18610184  
**DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**  
C.C. 16.645.161 DE CALI

## HOJA DE VIDA



### I. INFORMACION PERSONAL

**NOMBRES** : DENIS EDMOND

**APELLIDOS** : COBO OLIVEROS

**FECHA DE NACIMIENTO** : Octubre 22 de 1960

**CÉDULA DE CIUDADANÍA:** 16.645.161

**LIBRETA MILITAR** : D – 859312  
Distrito Militar No. 17

**CERTIFICADO JUDICIAL** : 3279942

**PASAPORTE** : 0345671

**ESTADO CIVIL** : casado

**DIRECCION RESIDENCIA** : Cra. 30este No. 56 – 350 casa 34  
Condominio Altos de Guadalupe

**TELEFONO** : 5134866 - 3218333392

**TARJETA PROFESIONAL** . 1661084

## **II ESTUDIOS**

**BACHILLERATO** : COLEGIO SAN LUIS 1977

**MEDICO CIRUJANO** : UNIVERSIDAD DEL VALLE 1984

**MEDICO ESPECIALISTA** : UNIVERSIDAD AUTONOMA DE  
MEXICO 1993

**CONVALIDACION** **UNIVERSIDAD DEL VALLE HOSPITAL**  
**UNIVERSITARIO DEL VALLE** 1994

## **III. EXPERIENCIA**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE**

Departamento de Ortopedia y Traumatología

Ingreso Marzo 1994 hasta la fecha.

**CLINICA MEDICOS**

Departamento Ortopedia y Traumatología

Ingreso Abril 1996 hasta Enero 2010

**Saludcoop - ESIMED**

Departamento de Ortopedia y Traumatología

Ingreso Septiembre /2004 hasta la fecha.

**CLINICA FARALLONES**

Medico de Urgencias Ortopedia hasta la fecha

**Colsanitas**

Departamento de Ortopedia y Traumatología

Ingreso Marzo/2009 hasta Enero/2014

#### **IV. TRABAJOS CIENTIFICOS**

**SANCHEZ F. MEDINA L. COBO D.**

Sinovectomia Temprana en casos de Artritis Reumatoide confirmada.  
Clínicas Medicas : Hospital General  
México Vol. II 376, 1989

**DORANTES V. COBO D.**

Análisis de los resultados del tratamiento de la inestabilidad ventromedial de rodilla con técnica Tendón Semitendinoso cápsula Semitendinoso.  
Tesis, México, 1993

**SARDI L. COBO D. ACEVEDO J-**

Experiencia clínica en reemplazos articulares de rodilla conservando el ligamento cruzado posterior. Trabajo Libre Congreso Nacional Ortopedia, Bogota, 2003-11-17

**VERNAZA F. COBO Y COLS**

Actualización conceptos en Traumatología y Ortopedia para Médicos generales y estudiantes. Editorial Norma ,2004. Libro de Educación Continua.

#### **V. SUBESPECIALIZACION.**

REEMPLAZOS ARTICULARES CADERA Y RODILLA  
ACREDITADO POR SERVICIO DE PROTESIS DE LA CLINICA RAFAEL  
URIBE DURANTE 10 AÑOS

CIRUGIA DE TRAUMA ACREDITADO POR SERVICIO DE ORTOPEDIA  
ESCUELA DE MEDICINA UNIVERSIDAD DEL VALLE, H.U.V .

#### **VI. OTROS ESTUDIOS**

CURSO BASICO DE OSTEOSINTESIS, Melgar 2002

ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT COURSE ATLS. México, 2003-03-21

CURSO DE PATOLOGIA DE CADERA. Bogota, 2003-11-17

NACIONAL DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA EN EL VIEJO, Cali, 2003

CONGRESO NACIONAL DE ORTOPEDIA, Bogota 2003.

**VII. REFERENCIAS PERSONALES**

**Dr. Diego Marín** : Clínica SaludCoop – ESIMED Cali Norte  
Jefe Traumatología y Ortopedia  
Tel. 3155746479

**Dr. Jorge Ramírez** : Clínica Farallones  
Tel- 3155714089

**Dr. Harold Lozada** : Jefe de Servicios Traumatología  
NUEVA EPS  
6674287 - 6684662

**Dr. Gonzalo Tapias** : Clínica Farallones y Coomeva  
Tel.3174309846

**Dr. Alfredo Martínez** : Fundación Valle del Lili  
PROFESOR UNIVERSIDAD 3317474 - 6206042  
DEL VALLE

Atentamente,

**DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**  
C.C. 16.645.161



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.645.161

COBO OLIVEROS

APELLIDOS

DENIS EDMOND

NOMBRES

*Edmond Cobo*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1960

CALI  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63  
ESTATURA

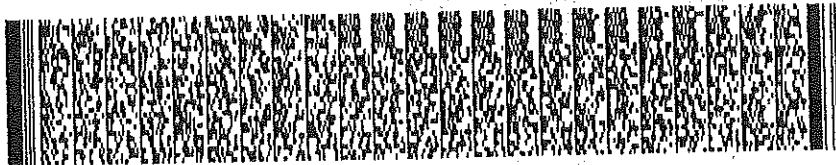
O+  
G.S. RH

M  
SEXO

20-FEB-1979 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100150-00140738-M-0016645161-20081221

0008535646A 1

2750027159

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.645.161

COBO OLIVEROS

APELLIDOS

DENIS EDMOND

NOMBRES

*Edmond Cobo*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1960

CALI  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

20-FEB-1979 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100150-00140738-M-0016645161-20081221

0008535646A 1

2750027159



# La Universidad Nacional Autónoma de México



*otorga a*

**Denis Edmundo Cobo Oliveros**

*el diploma de especialidad en*

**Traumatología y Ortopedia**

*en atención a que demostró tener hechos los estudios conforme a los planes autorizados por el Consejo Universitario y haber sido aprobado en el examen final del curso de especialización que sustentó el día 28 de febrero de 1994, según constancias archivadas en la misma Universidad.*

*Por mi Raza hablará el Espíritu*

*Dado en la ciudad de México, Distrito Federal,  
el día 10 de noviembre de 1994*

*19-71*

*El Secretario General*

*Dr. Francisco J. Barnes de Castro*

*El Rector*

*Dr. José Sarukhán*

*22-21*

F.  
fe 19 94

del

ral de  
scolar

Gutiérrez



POR ACUERDO DEL C. SECRETARIO DE GOBERNACION, la C. Profra. Laura Elena Castillo Saldaña, Subdirectora de Formalización y Control de la Dirección de Coordinación Política con los Poderes de la Unión, CERTIFICA: que los CC. Doctores Jose Sarukhán y Francisco J. Barnés de Castro, era Rector y Secretario General, respectivamente de la Universidad Nacional Autónoma de México, el día 10 de noviembre último y cuyas las firmas que calzan el presente Diploma.

México, D.F., a 2 de febrero de 1995

REG. # 2221  
DER. PAG. N° 80.00  
S/BOEETA # 7262843  
gag.

*Laura Elena Castillo*

F. 8 (Consular)

Nº 146464

LA SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES CERTIFICA:

que LA PROFRA. LAURA ELENA CASTILLO SALDAÑA, ERA SUBDIRECTORA DE FORMALIZACION Y CONTROL DE LA DIRECCION DE COORDINACION POLITICA CON LOS PODERES DE LA UNION DE LA SECRETARIA DE GOBERNACION EL DIA DOS DE FEBRERO DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO, y que es suya la firma que antecede.

Tlatelolco, D.F., 2 de febrero de 1995.

P.O. DEL C. SECRETARIO  
EL DELEGADO.

ESTA SECRETARIA NO ASUME  
RESPONSABILIDAD ALGUNA  
POR EL CONTENIDO DEL  
DOCUMENTO QUE SE LEGALIZA

ALVARO RIVERA ESTUADA



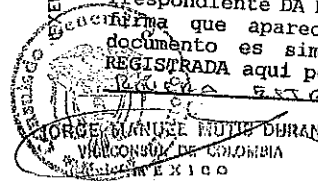
CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA

No 261 Fecha 02 FEB 1995

EL CONSULADO DE COLOMBIA EN

México, D.F.

Prevía la confrontación correspondiente DA FE de que la firma que aparece en este documento es similar a la REGISTRADA aquí por ALVARO RIVERA ESTUADA



046403



## Sistema de Registro Académico y Admisiones



Información de grado(s) obtenidos(s) a partir del año 1953.



Nombre: COBO OLIVEROS DENIS EDUARDO

Documento: C.C. 16645161

|                 |                   |            |     |      |     |
|-----------------|-------------------|------------|-----|------|-----|
| Título Obtenido | MÉDICO Y CIRUJANO |            |     |      |     |
| Fecha de Grado  | 1984-11-17        | Resolución | 467 | Acta | 455 |

[Consultar Otra Persona](#)

Copyright © 2003-2011  
Universidad del Valle

Desarrollado por  
Net-Centric y OITEL



UNIVERSIDAD DEL VALLE - RECTORIA  
ACTA DE GRADO

ACTA No. 455

En la ciudad de Santiago de Cali, capital del Departamento del Valle del Cauca, a las 11:00 de la mañana del día 17 de Noviembre de 1984, en el Auditorio del Concejo Municipal y de conformidad con lo dispuesto por la Resolución de Rectoría No. 467 se celebró sesión solemne con el fin de otorgar títulos de formación avanzada, universitaria y tecnológica a estudiantes de la Institución.

La sesión estuvo presidida por el señor Rector-Encargado.

El orden del día fue el siguiente: 1) Apertura de la sesión. 2) Lectura de la Resolución No. 467. 3) Toma del juramento. 4) Entrega de Diplomas. Se declaró abierta la sesión. A continuación se dió lectura a la Resolución No. 467 por medio de la cual la Universidad en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, confirió el título de: MEDICO Y CIRUJANO. (Acuerdo No. 0313 - Noviembre 1981 - Icfes) A: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS. (Cédula de Ciudadanía No. 16.645.161 de Cali)

Acto seguido se tomó a los graduandos el juramento universitario y se procedió a la entrega de los respectivos diplomas. Siendo las 12:00 de la tarde se levantó la sesión.

(Fdo.) Adolfo León Valderrama Torres - Rector-Encargado.

(Fdo.) Iván Alberto Díaz Gutiérrez - Secretario General.

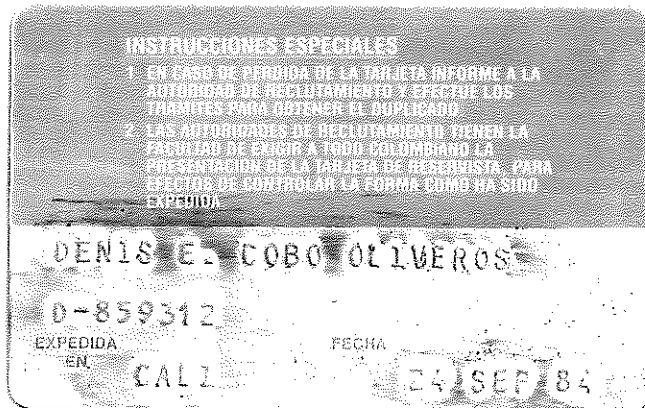
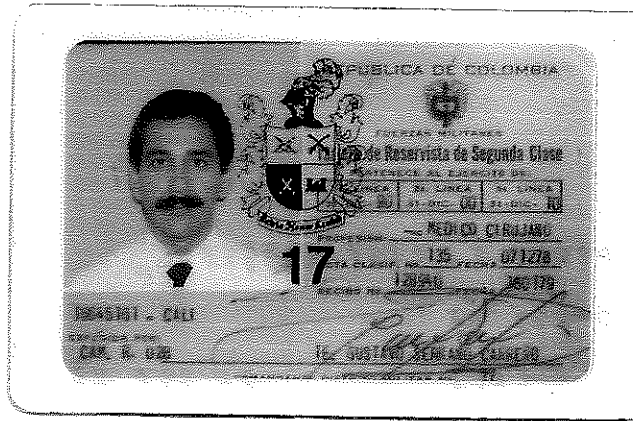
ES FIEL COPIA  
Denís Edmond Cobo Oliveros

Cali, Noviembre 27 de 1984

*M. Eugenia Nieto de Arce*  
MARIA EUGENIA NIETO DE ARCE  
Directora Oficina de Registro Académico

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTICACION EN VIRTUD DEL DECRETO No. 1024 DE 1982

bev.





REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

# El Colegio San Luis Gonzaga

HERMANOS MARISTAS - CALI

APROBADO POR RESOLUCION No. 0046 DEL 17 DE ENERO DE 1977  
EMANADA DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

TENIENDO EN CUENTA QUE

**Denis Edmond Cobo Cliveros**

TERMINO SATISFACTORIAMENTE LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES A LA EDUCACION  
SECUNDARIA Y FUE APROBADO EN TODOS LOS EXAMENES Y PRUEBAS REGLAMENTARIOS.  
LE CONFIERE EL TITULO DE

## BACHILLER ACADEMICO

El Rector

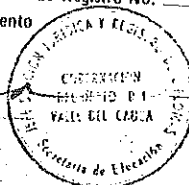
El Secretario

  
Santiago de Cali, Junio 25 De 1977

GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

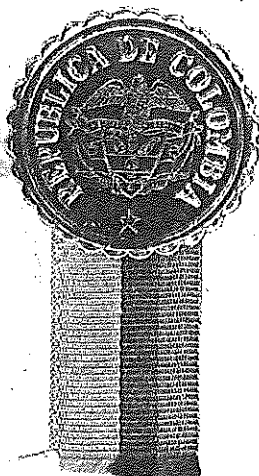
Anotado al folio 41-C del libro de Registro No. 26  
Por el Gobernador del Departamento

Secretaria de Educacion



Director de Educación Media

EL SUSCRITO NOTARIO DE CALI  
CERTIFICA  
Que ha tenido a la vista el original  
al que se refiere la fotocopia  
anterior, Cali, 26 MAR. 1990





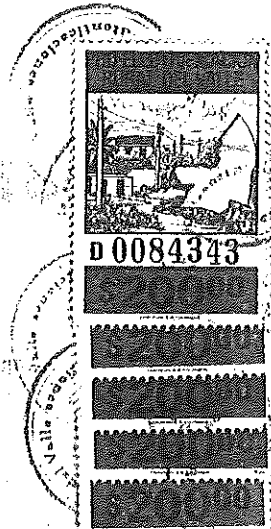
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN  
SUBSECRETARÍA DE REGISTRO Y DIPLOMAS

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA DE REGISTRO Y DIPLOMAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA, República de Colombia, certifica: que el Colegio "San Luis Gonzaga" de esta ciudad, se encuentra inscrito en esta Secretaría y el Título de Bachiller que otorga al señor DENIS EDMOND COBO OLIVEROS, es auténtico. Igualmente certifica que las firmas y sellos que aparecen refrendando éste, son auténticos.

Santiago de Cali, marzo 9 de 1990.

HERNANDO PARRA NUÑEZ  
Jefe Registro y Diplomas  
Secretaría de Educación Dptal.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN



DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

El suscrito Gobernador del Departamento del Valle del Cauca, certifica que **HERNANDO PARRA NUÑEZ**

ejerce legalmente en la fecha expresada en el documento que antecede la función de **JEFE SECCION REGISTRO**

**DIPLOMAS DEPTO** y que la firma y sello que aparecen como suyos, son los que en su calidad de **JEFE SECCION REGISTRO**

Santiago de Cali, MAR. 13 de 1.990

Por el Gobernador, **HILMI GIRON DRADA**



Nº 975812

Derechos .....  
Equiv. M.E.

SERVICIO EXTERIOR MEXICANO

El suscrito **Dr. AGUSTIN ANGARITA CANAS**  
Cónsul Honorario de México de México en **CALI COLOMBIA**

certifica que **HERNANDO PARRA NUÑEZ**  
Jefe de la Sección de Registros y Diplomas de la Secretaría de Educación del Departamento del Valle del Cauca

y mismo( ) que acostumbra usar en todos los documentos que autoriza.  
**CALI COLOMBIA**

de **AGUSTIN ANGARITA CANAS** de 19.....  
Cónsul Honorario de México

NOTA: Por no intervenir en la formación del documento anexo, esta oficina no asume responsabilidad alguna por su contenido.

TGN.—20046-87



*St. Gerardo*  
Directora  
Cali del Valle del Cauca

EL SUSCRITO NOTARIO 3o. DE CALI  
CERTIFICA:  
Que ha tenido a la vista el original a que se refiere el documento anterior. Cali, 26 MAR. 1990

*[Signature]*  
NOTARIO FERNANDO MARTINEZ  
Cali del Valle del Cauca



**MINEDUCACIÓN**



**GOBIERNO DE COLOMBIA**

Correo **aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co**

Destino:

Bogotá D.C., 4 de Julio de 2018

No. de radicación  
anterior:

2018-ER-148371



**2018-EE-100253**

Señora

Derly Margoth Macias Chinchajoy

Solicitante

Clínica Cristo Rey

aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co

Bogotá D.C. Colombia

Asunto respuesta requerimiento no 2018-ee-083402

:

Respetada señora:

De manera atenta y de acuerdo a la solicitud de la referencia, remito copia del acto administrativo expedido por el Ministerio de Educación Nacional a nombre de la siguiente persona:

| NOMBRES<br>Y<br>APELLIDOS           | RESOLUCIÓN<br>No. | FECHA              | TÍTULO                                          | INSTITUCIÓN<br>QUE EXPIDIO<br>EL TÍTULO                                                   | CONVALDÓ/<br>NO<br>CONVALIDO | PRESENTO<br>RECURSO |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|
| Denis<br>Edmond<br>Cobo<br>Oliveros | 1892              | 28-<br>08-<br>1995 | Especialista en<br>Ortopedia y<br>Traumatología | Universidad<br>Nacional<br>Autónoma<br>de México                                          | Sí                           | No                  |
| Fernando<br>Zapata<br>García        | 247               | 02-<br>04-<br>1997 | Especialista en<br>Anestesiología               | Universidad<br>de Costa<br>Rica Ciudad<br>Universitaria<br>Rodrigo<br>Facio Costa<br>Rica | Sí                           | No                  |

De otra parte nos informan que revisado la base de datos del ICFES no se encontró información de Gonzalo Tapia Neira.

Anexo lo anunciado en 1 folio

Cordialmente,

**DORA INES OJEDA RONCANCIO**



**MINEDUCACIÓN**



**GOBIERNO DE COLOMBIA**

---

Asesora Secretaria General  
Unidad de Atención al Ciudadano

Folios: 0

Anexos 0

:

Elaboró MANUELA BOJACA LAVERDE  
Aprobó DORA INES OJEDA RONCANCIO  
**Anexo:** KSS\_20180704\_08490450\_000485.pdf



Radicado No. 20182300400921

30-05-2018

Página 1 de 2



MINEDUCACIÓN



Bogotá, D. C.

Señora

**DERLY MARGOTH MACÍAS CHINHAJOY**

**CLÍNICA CRISTO REY**

Calle 23 Norte 3-71

Cali - Valle

aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co

REF: Solicitud Copias Resoluciones de Convalidaciones de Títulos.

Respetada señora Macías:

En atención a su requerimiento radicado en el ICFES con el No. 20182100405302, de manera atenta le remito fotocopias auténticas de las Resoluciones de Convalidaciones de Títulos obtenidos en el exterior por los señores Fernando Zapata García, Denis Cobo Oliveros, Giovanni Ramos Cardozo, Guillermo León Sepúlveda Ortiz, Gonzalo Tapia Neira, de acuerdo con lo registrado en el Archivo Institucional, relacionadas así:

| NOMBRE                                  | IDENTIFICACIÓN                                                     | RESOLUCIÓN                        | TÍTULO                                                   |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| FERNANDO<br>ZAPATA<br>GARCÍA            | Cédula de<br>ciudadanía No.<br>16.703.397 de Cali -<br>Valle       | 00247 del 02 de<br>abril de 1997  | ESPECIALISTA EN<br>ANESTESIOLOGÍA                        |
| DENIS<br>EDMOND<br>COBO<br>OLIVEROS     | Cédula de<br>ciudadanía No.<br>16.645.161 de Cali -<br>Valle       | 1892 del 28 de<br>agosto de 1995  | ESPECIALISTA EN<br>ORTOPEDIA Y<br>TRAUMATOLOGÍA          |
| GIOVANI<br>RAMOS<br>CARDOZO             | Cédula de<br>ciudadanía No.<br>10.540.658 de<br>Popayán - Cauca    | 0165 del 06 de<br>febrero de 1995 | ESPECIALISTA EN<br>TRAUMATOLOGÍA Y<br>CIRUGÍA ORTOPÉDICA |
| GUILLERMO<br>LEÓN<br>SEPÚLVEDA<br>ORTIZ | Cédula de<br>ciudadanía No.<br>10.246.137 de<br>Manizales - Caldas | 00182 del 05 de<br>marzo de 1997  | ESPECIALISTA EN<br>ORTOPEDIA Y<br>TRAUMATOLOGÍA          |

**Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación - ICFES**

www.icfes.gov.co @ICFEScol icfescol ICFES ICFEScol • Calle 26 No. 69 - 76, Torre 2, piso 15. Edificio Elemento, Bogotá - Colombia

Líneas de atención al usuario: Bogotá (+57 1) 4841460 - Gratuita Nacional: 01 8000 51 9535



Radicado No. 20182300400921

30-05-2018

Página 2 de 2



MINEDUCACIÓN



|                        |                                                              |                                          |                                                 |
|------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| GONZALO<br>TAPIA NEIRA | Cédula de<br>ciudadanía No.<br>16.651.386 de Cali –<br>Valle | 002126 del 1 de<br>septiembre de<br>1992 | ESPECIALISTA EN<br>ORTOPEDIA Y<br>TRAUMATOLOGÍA |
| GONZALO<br>TAPIA NEIRA | Cédula de<br>ciudadanía No.<br>16.651.386 de Cali –<br>Valle | 002482 del 13 de<br>noviembre de<br>1987 | MÉDICO Y CIRUJANO                               |

Atentamente,

*M. Arango*  
**MARÍA SOFÍA ARANGO ARANGO**  
Secretaria General

Anexo lo anunciado en trece (13) folios.

Elaboró y Proyectó: Consuelo Piñeros *HP*

Revisó: Celia Hernández Palomino – Asesora Secretaría General

**Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación - ICFES**

www.icfes.gov.co @ICFEScol @icfescol ICFES ICFEScol • Calle 26 No. 69-76, Torre 2, piso 15. Edificio Elemento, Bogotá - Colombia  
líneas de atención al usuario: Bogotá (+57 1) 4841460 - Gratuita Nacional: 01 8000 51 9535

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

# La Universidad del Valle



Confiere el Título de

**Abogado y Cirujano**

a

**María Fernanda Ochoa Olivera**

Identificada con C.C. No. 16.645.161 de Cali

En testimonio de ello le expide el presente diploma y lo referencia en el  
sello de la institución. En la ciudad de Cali, Valle del Cauca,  
a los 17 días del mes de Noviembre de 1984



Expediente ante título para todos  
los efectos legales  
12 NOV 26  
1984

O. B. S.  
El Rector

El Secretario de Educación



El Secretario de la Universidad

Registrado al folio 230-91 del Libro 45 de Matrículas, a los 17 días del mes de Diciembre de 1984. P.N. 0004018



# UNIVERSIDAD DEL VALLE FACULTAD DE SALUD

APARTADO AEREO 2188 CABLES UNIVALLE  
TELEFONOS: UNIVALLE 58 21 11 HOSPITAL UNIVERSITARIO 50 11 61

CALI COLOMBIA

DEPENDENCIA

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA FACULTAD DE SALUD UNIVERSIDAD DEL VALLE,

EL NOTARIO DECIMA DEL CIRCULO DE CALI  
TESTIMONIO DE AUTENTICIDAD  
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DEL AÑO DE 1994

03 ABR 1994  
NOTARIA DECIMA DEL CIRCULO DE CALI  
CALLE DEL VALLE - DEPARTAMENTO DE COLOMBIA

BERNARDIS SILVIA ECHIBARRAL  
ABOGADA

HACE CONSTAR

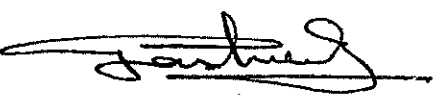
Que el Dr. DENNIS EDMOND COBO, Estudiante especial del programa de Ortopedia y Traumatología de la Universidad del Valle, ha realizado su año de convalidación en tiempo comprendido entre el 1 de mayo de 1993 y el 30 de abril de 1994.

Que el Dr. DENNIS EDMOND COBO, participó en todas las actividades programadas en el Departamento, durante el año de su convalidación, cumpliendo a cabalidad las rotaciones asignadas.

La nota definitiva de su rotación es de TRES PUNTO NUEVE (3.9).

Dada en Cali a los treinta (30) días del mes de abril de 1994



  
Dr. JOCHEN GERSTNER U.  
Jefe Dpto. Ortopedia y Traumatología

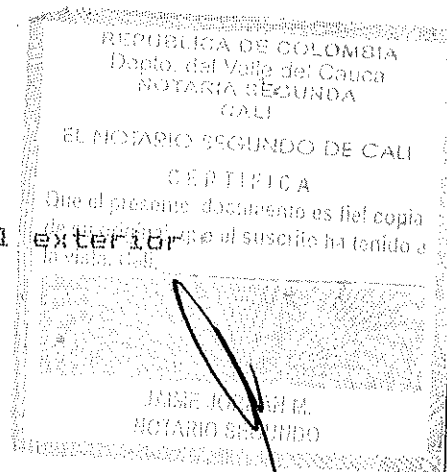


INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

RESOLUCION No. 1892 DE 19

( 28 AGO. 1995 )

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior



EL SECRETARIO GENERAL del

INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

en uso de la delegación de funciones conferidas por la Resolución 0317 del 20 de febrero de 1995 y en especial de las atribuciones conferidas por la ley 30 de 1992 y el decreto 2589 de 1993, y

C O N S I D E R A N D O :

Que DENIS EDMOND COBO OLIVEROS, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 16.645.161 de Cali, presentó ante este Instituto el título de ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA, otorgado el 10 de noviembre de 1994, por LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, México D.F., México para su convalidación, registro y posterior inscripción;

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 17 de noviembre de 1984, por LA UNIVERSIDAD DEL VALLE, Cali, Colombia.

Que los estudios fueron evaluados;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

02 FEB. 2005





Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPIEDIA, otorgado el 10 de noviembre de 1994, por LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, Mexico D.F., México, a DENIS EDMOND COBO OLIVEROS, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 16.645.161 de Cali, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA, que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- Ordenar a la Oficina de Relaciones Internacionales de este Instituto, el registro de dicho título y para tal efecto preséntese el original del diploma.

ARTICULO TERCERO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición en la vía gubernativa, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los

28 AGO. 1995

02 FEB. 2015

EDUARDO NORIEGA DE LA HOZ  
Secretario General

ALBA DE LA CRUZ BERRIO B.  
Subdirectora General Jurídica

JORGE MIGUEL MAGDANIEL ROSADO  
Jefe Oficina de Relaciones  
Internacionales

RENOVIADO SEGUNDO DE CALI

SECRETARIA

Que el presente documento es fiel copia  
del original, que el original ha tenido a  
su favor.

JORGE MIGUEL  
MAGDANIEL ROSADO

RESOLUCION No. **1892** DE 19  
( **28 ABO. 1995** )

Por la cual

se convalida un título obtenido en el exterior

Fotocopia Auténtica de los Documentos  
que reposan en los Archivos del ICFES

**icfes**  
inscripciones

31 MAY 2018

*M. M. Valero*  
Firma:

EL SECRETARIO GENERAL del

INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

en uso de la delegación de funciones conferidas por la Resolución 0317 del 30 de febrero de 1975 y en especial de las atribuciones conferidas por la Ley 30 de 1972 y el decreto 2389 de 1993, y

**CONSIDERANDO:**

Que DENIS EDMOND COBO OLIVEROS, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 16.645.161 de Cali, presentó ante este Instituto el título de ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA, otorgado el 10 de noviembre de 1994, por LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, México D.F., México para su convalidación, registro y posterior inscripción;

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 17 de noviembre de 1984, por LA UNIVERSIDAD DEL VALLE, Cali, Colombia.

Que los estudios fueron evaluados;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

### RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO.** - Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de **ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA**, otorgado el 10 de noviembre de 1994, por LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, Mexico D.F., Mexico, a DENIS EDMOND COBO OLIVEROS, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 16.845.151 de Cali, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 70 de 1992.

**ARTICULO SEGUNDO.** - Ordenar a la Oficina de Relaciones Internacionales de este Instituto, el registro de dicho título y para tal efecto presentarse el original del diploma.

**ARTICULO TERCERO.** - La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición en la vía gubernativa, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

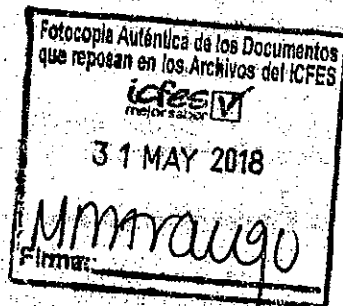
COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los 28 AGO. 1995

*[Firma]*  
EDUARDO NORIEGA DE LA HOZ  
Secretario General

*[Firma]*  
ALBA DE LA CRUZ BERRIO B.  
Subdirectora General Jurídica

*[Firma]*  
JORGE MIGUEL MAGDANIEL ROSADO  
Jefe Oficina de Relaciones Internacionales





**POLITECNICO  
INTERNACIONAL  
DE OCCIDENTE**

VIGILADO POR



ALCALDÍA DE  
**SANTIAGO DE CALI**  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

*Hace Constar que:*  
**Denis Edmond Cobo Oliveros**

**C.C. 16645161**

*Realizó y Aprobó el Entrenamiento en:*

## **SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO**

*Para profesionales de la salud, Recomendaciones de la Atención Cardiovascular de Urgencia y Reanimación cardiopulmonar de la Asociación Americana del Corazón. (AHA)*

*El programa de entrenamiento cumple con los lineamientos de la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y protección social  
Con una intensidad (48) horas a Certificar.*

**Válido por 2 (dos) años a partir de la fecha.**

POLITÉCNICO INTERNACIONAL DE OCCIDENTE- Licencia de funcionamiento. Resolución 4143.0.21.9502 Secretaria de Educación Santiago de Cali D.E. **03 de Julio de 2021.**

Institución  
reconocida por



**ALEXANDER GARZON MARTINEZ**  
Director Académico

Firmado Digitalmente en el

Nº- 20210703-V07      **POLITECNICO INTERNACIONAL DE OCCIDENTE**

Para verificación de la autenticidad de esta certificación favor comunicarse al teléfono 6682452 o al correo electrónico [secretaria.academica@pio.edu.co](mailto:secretaria.academica@pio.edu.co)



**POLITECNICO  
INTERNACIONAL  
DE OCCIDENTE**

*Hace Constar que:  
**Denis Edmond Cobo Oliveros***

**C.C. 16645161**

**Realizó y Aprobó el Entrenamiento en:**

**SOPORTE VITAL BÁSICO**

*Para profesionales de la salud, Recomendaciones de la Atención Cardiovascular de Urgencia y Reanimación  
cardiopulmonar de la Asociación Americana del Corazón. (AHA)*

*El programa de entrenamiento cumple con los lineamientos de la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y protección social  
Con una intensidad (24) horas a Certificar.*

**Válido por 2 (dos) años a partir de la fecha.**

**POLITÉCNICO INTERNACIONAL DE OCCIDENTE- Licencia de funcionamiento. Resolución 4143.0.21.9502 Secretaria de  
Educación Santiago de Cali D.E, 03 de Julio de 2021.**

Institución  
reconocida por



**ALEXANDER GARZON MARTINEZ**  
Director Académico

Firmado Digitalmente en el  
**N° - 20210703-V07 POLITECNICO INTERNACIONAL DE OCCIDENTE**

Para verificación de la autenticidad de esta certificación favor comunicarse al teléfono 6682452 o al correo electrónico [secretaria.academica@pio.edu.co](mailto:secretaria.academica@pio.edu.co)



# PRE-ECAES

CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN CUIDADOS INTENSIVOS Y REANIMACIÓN  
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA EN SALUD

## *Certifica Que*

DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

C.C. 16.645.161 DE CALI - VALLE

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO DE ACTUALIZACIÓN EN REANIMACIÓN CEREBRO - CARDIO - PULMONAR  
BÁSICA Y AVANZADA EL 09 Y 10 AGOSTO DEL 2018, ACREDITANDO 48 HORAS DE ACTIVIDAD ACADÉMICA

Daniel Cardenas  
Director

Claudia J. Osorio E.  
Coordinadora



# PRE-ECAES

CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN CUIDADOS INTENSIVOS Y REANIMACIÓN  
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA EN SALUD

## *Certifica Que*

DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

C.C. 16.645.161 DE CALI - VALLE

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TEÓRICO-PRACTICO DE ACTUALIZACIÓN EN REANIMACIÓN CEREBRO - CARDIO - PULMONAR  
BÁSICA Y AVANZADA EL 09 Y 10 AGOSTO DEL 2018, ACREDITANDO 48 HORAS DE ACTIVIDAD ACADÉMICA

Daniel Cardenas  
Director

Claudia J. Osorio E.  
Coordinadora





MINISALUD



**IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD**

**DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**

**C.C o C.E. 16645161**

Profesión u Ocupación

**MEDICO Y CIRUJANO**

Especialidad

**TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA**

Institución de Educación

**U. DEL VALLE**

Ciudad **CALI**

Fecha de expedición diploma

**17/11/1984**

Fecha de inscripción RETHUS

**06/07/2016**



Código interno: **CMC2016-10554**

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301 [info@colegiomedicocolombiano.org](mailto:info@colegiomedicocolombiano.org)

010244

HOGIER GARTNER & CIA. S.A. / 160230/0416



 **REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO** Registro N° **96610/86**

Firma Médico  
*Denis Edmond Cobo Oliveros*

Nombres y Apellidos  
**DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**

C.C. **16645161** De: **CALI**  
o C.E. **C**

Universidad **VALLE** Ciudad **CALI**

Código: **09658/** Fecha de Expedición: **08/15/95**

TCLP: Impresora de valores

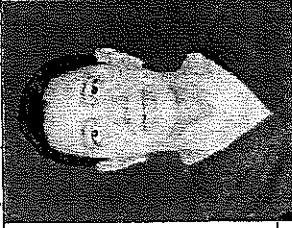
FIRMA MINISTRO DE SALUD  
*J. C. ARMA*

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO N° 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.  
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL  
AREA DE INFORMACION Y ESTADISTICA

TARJETA DE REGISTRO MEDICOS

|                                                                                                                      |     | FECHA REGISTRO                                                                                                                                                                                          |     |     |     |     |     |    |    |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|------|
|                                                                                                                      |     | DIA                                                                                                                                                                                                     | MES | AÑO |     |     |     |    |    |      |
|                                                                                                                      |     | 30                                                                                                                                                                                                      | 11  | 13  |     |     |     |    |    |      |
| <b>DATOS PERSONALES</b><br>UNIVERSIDAD: <u>del valle</u><br>NACIONALIDAD: <u>Colombiano</u><br>TITULO: <u>Medico</u> |     | T. PROFESIONAL No: <u>16645161</u><br>APELLIDOS: <u>BOGO OLIVEROS</u><br>NOMBRE(S): <u>Denis Edmond</u>                                                                                                 |     |     |     |     |     |    |    |      |
| ESPECIALIDAD: <u>ortopedia</u><br>DIRECCION CONSULTORIO: <u>clínica</u><br><u>Farallones</u> TEL <u>487800514242</u> |     | FECHA DE NACIMIENTO<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22</td> <td>10</td> <td>1960</td> </tr> </tbody> </table> <u>16645161</u> |     |     | DIA | MES | AÑO | 22 | 10 | 1960 |
| DIA                                                                                                                  | MES | AÑO                                                                                                                                                                                                     |     |     |     |     |     |    |    |      |
| 22                                                                                                                   | 10  | 1960                                                                                                                                                                                                    |     |     |     |     |     |    |    |      |
| DIRECCION RESIDENCIA: <u>Calle 30 esta</u><br><u>56.350</u> TEL <u>5134866</u>                                       |     | FIRMA PROFESIONAL<br><u>Denis Bogo</u>                                                                                                                                                                  |     |     |     |     |     |    |    |      |
|                                                                                                                      |     | ENTIDAD (ES) DONDE TRABAJA<br><u>clínica Farallones</u><br><u>Hospital universitario del valle</u><br><u>clínica Cristo Rey.</u>                                                                        |     |     |     |     |     |    |    |      |



Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...



SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES  
Sistema Integral de Información de la Protección Social

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 \* Primer Nombre \* Primer Apellido \*

Cédula de Ciudadanía 16645161

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

5250



Limpiar

Resultado General -2019-12-23--8:56:33 AM

| Tipo           | Nro.           | Primer | Segundo | Primer   | Segundo  | Detalles |
|----------------|----------------|--------|---------|----------|----------|----------|
| Identificación | Identificación | Nombre | Nombre  | Apellido | Apellido |          |
| CC             | 16645161       | DENIS  | EDMOND  | COBO     | OLIVEROS | Ver      |

Información Detallada [CC: 16645161] DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

2019-12-23--8:56:33 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen     | Obtención                 | Título     | Profesión u Ocupación     | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora |
|---------------|------------|---------------------------|------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------|
| ESP           | Extranjero | Ortopedia y Traumatología | 1995-08-28 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |                               |                     |
| UNV           | Local      | MEDICINA                  | 1986-11-12 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |                               |                     |

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

## 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 \*

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación \*

16645161

Primer Nombre \*

Primer Apellido \*

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

## Resultado General

| Tipo<br>Identificación | Nro.<br>Identificación | Primer<br>Nombre | Segundo<br>Nombre | Primer<br>Apellido | Segundo<br>Apellido | Detalles            |
|------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| CC                     | 16645161               | DENIS            | EDMOND            | CABO               | OLIVEROS            | <a href="#">Ver</a> |

## Información Detallada [CC: 16645161] DENIS EDMOND CABO OLIVEROS

## Información Académica

| Tipo<br>Programa | Origen<br>Título | Obtención | Profesión u<br>Ocupación | Fecha desde que puede<br>ejercer | Entidad Reportadora          |
|------------------|------------------|-----------|--------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| UNV              | Local            |           | MEDICINA                 | 2016/6/09                        | COLEGIO MEDICO<br>COLOMBIANO |

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

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA  
SERVICIO DE SALUD

EL JEFE DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA,

HACE CONSTAR.:

Que el doctor DENIS EDMON COBO OLIVEROS, titular de la cédula de ciudadanía Nro. 16'645.161 de Cali, fué nombrado para el cargo de Médico en cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, según resolución No. 119 de Septiembre de 1985 en la entidad denominada Hospital San Esteban de La Unión- Valle.

Que para el efecto, la entidad fué habilitada mediante formulario Nro. 098 de Enero 2 de 1985 emanado de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública.

Que el profesional desempeñó sus funciones durante el periodo comprendido entre Septiembre 2 de 1985 y Septiembre 10. de 1986, tiempo durante el cual cumplió con los programas y actividades asignados por la Seccional.

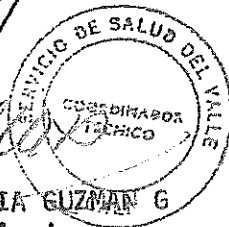
Que de conformidad con lo anterior, ha cumplido con el requisito previsto en La Ley 52 de 1964 (Dic. 31) decreto reglamentario 114 de 1965 (En. 28).

La presente se expide a petición del interesado.

Cali, 8 de marzo de 1990

  
ALFREDO HERRERA LONDOÑO  
Jefe  
Servicio de Salud del Valle

  
LILIANA PATRICIA GUZMÁN G  
Coordinadora Técnica  
Servicio de Salud del Valle



tp.

DIRECCIÓN DE REGISTRO Y CONTROL  
de la Dirección de Salud del Valle del Cauca  
Cali, 8 de marzo de 1990  
Que esta Dirección de Registro y Control de la Dirección de Salud del Valle del Cauca, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 10 de la Ley 52 de 1964, decreto reglamentario 114 de 1965, ha expedido la presente certificación a la conformidad de la firma del doctor DENIS EDMON COBO OLIVEROS, titular de la cédula de ciudadanía Nro. 16'645.161 de Cali, fué nombrado para el cargo de Médico en cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, según resolución No. 119 de Septiembre de 1985 en la entidad denominada Hospital San Esteban de La Unión- Valle.  
Cali, 8 de marzo de 1990  
COORDINADORA TÉCNICA  
Servicio de Salud del Valle

PRO-ELECTRIFICACION  
RURAL DEL VALLE

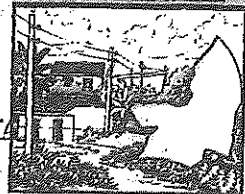


B 0589866

\$5000



PRO-ELECTRIFICACION  
RURAL DEL VALLE



F 0022150

\$100000

DEFINICION DE...

El suscrito Gobernador...

SALAZAR PUYO

GRACIELA

El documento que...

NOTARIA SEXTA

CALI (V)

La firma y sello que...

Maye...

Santiago de Cali, MAR. 20 de 1.990

Por el Gobernador, HELMI GIRON DRADA

Sello

No 975814

Derechos  
Equiv. M.E.

1580

### SERVICIO EXTERIOR MEXICANO

El suscrito Sr. AGUSTIN ANCARITA CANAL

Cónsul Honorario de México

de México en

, certifica que

HELMY GIRON DRADA a la fecha se desempeña  
como OFICIAL DE AUTENTICACIONES DE LA GOBERNACION DEL VALLE

y mismo( ) que acostumbra usar en todos los documentos que autoriza.

de de 19

AGUSTIN ANCARITA CANAL  
Cónsul Honorario de México

NOTA: Por no intervenir en la formación del documento anexo, esta oficina no asume responsabilidad alguna por su contenido.

TGN.—20045-87

# MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número

**16610**

12 NOV 1984

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

## CONSIDERANDO:

Que **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS** con cédula de ciudadanía número **16.645.161** de Cali ha solicitado el registro de su **Diploma**

De **MEDICO Y CIRUJANO**

Que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DEL VALLE.**

El **17 de noviembre de 1.984**

Que dicho **Diploma** se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación del Valle del Cauca.

Al folio **076-01** del Libro **45** de diciembre **4. de 1.984**

Que cumplió con el servicio social obligatorio en la Seccional de Salud del Valle del Cauca.

## RESUELVE:

**ARTICULO UNICO.-** Autorízase a **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS** para ejercer la profesión de **MEDICO Y CIRUJANO** en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

## COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

**HUMBERTO CORDOBA W.**  
Director Vigilancia y Control

**JUDITH GUZMAN PARRA**  
Jefe Sección Profesiones

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA  
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

CONSTANCIA

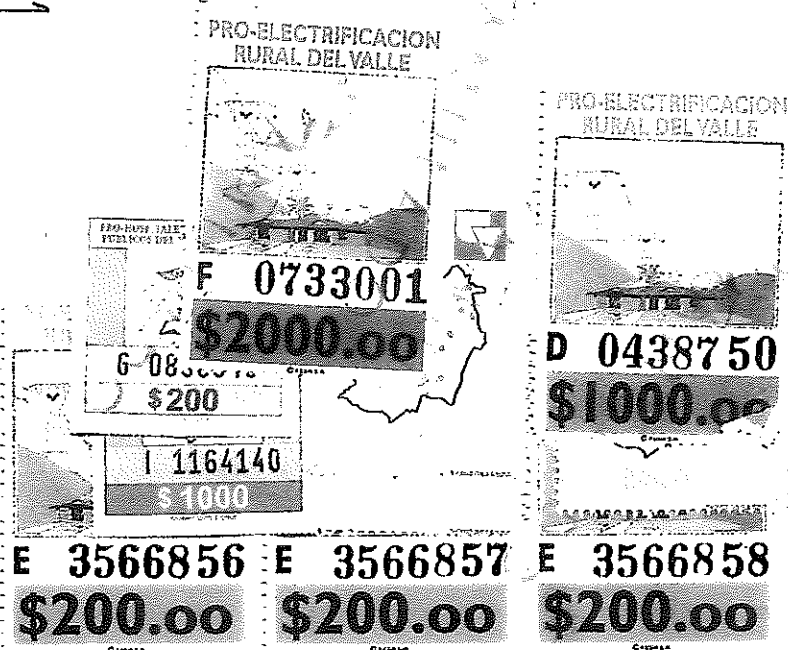
DENIS EDMOND COBO OLIVEROS identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 16.645161 expedida en Cali-Valle, se encuentra inscrito(a) como MÉDICO Y CIRUJANO en la Secretaría de Departamental de Salud, anotado(a) en el libro No. XXVII folio 81 inscripción No. 13210 del 29 de enero de 1987, según título otorgado por la Universidad del Valle 17 de enero de 1984.

Que DENIS EDMOND COBO OLIVEROS presento la resolución No. 1660 del 12 de noviembre de 1986, expedida por el Ministerio de Salud, que le autoriza para ejercer en todo el Territorio Nacional.

Dada en Santiago de Cali, el 24 de noviembre de 2005.

  
JOSE MARIA MATERON MUÑOZ  
Profesional Especializado

Noelia M.







**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**  
**GOBERNACIÓN**

*Secretaría de Salud*

0093-013-14

**CONSTANCIA**

Que Denis Edmond Cobo Oliveros identificado con la Cédula Ciudadanía No.16645161 expedida en Cali-Valle, fue autorizado para ejercer como Médico y Cirujano según título que le otorgó la Universidad del Valle, el 17 de Noviembre de 1984, mediante Resolución No. 16610 del 12 de Noviembre de 1986 expedida por el Ministerio de Salud.

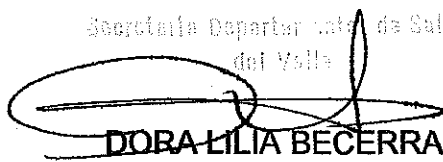
Que Denis Edmond Cobo Oliveros se encuentra inscrito en la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, inscripción No. 742 del 25 de Julio de 2014 como Especialista en Traumatología y Ortopedia según título que le otorgó la Universidad Autónoma de México, México, el 10 de Noviembre de 1994.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en el libro 71 de Diplomas, folio 19 del 10 de Noviembre de 1994 por la Universidad.

Que dicho título se encuentra reconocido y convalidado por el ICFES según Resolución No. 1892 del 28 de Agosto 1995 como equivalente al título de Especialista en Traumatología y Ortopedia

Santiago de Cali, 25 de Julio de 2014

Secretaría Departamental de Salud  
del Valle

  
**DORA LILIA BECERRA**  
Profesional Especializada  
Tarjeta Notarial No 5143

Mónica Restrepo

*Valle del Cauca*  
**Bien Hecho!**

|                                                                                                                                     |            |                                 |                                 |                     |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------|---------|
| DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA - SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - TESORERIA GENERAL                                     |            |                                 |                                 | NIT 890.399.029-5   |         |
| BENEFICIARIO O USUARIO: DENIS EDMON COBO OLIVEROS                                                                                   |            | C.C O NIT: 16645161             |                                 | ORDEN DEPARTAMENTAL |         |
| DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD                                                                                                    |            |                                 |                                 |                     |         |
| ACTO O DOCUMENTO: REGISTRO ANTE LA SRIA DE SALUD TITULOS UNIVERSITARIOS, TECNOLOGICOS Y CERTIFICADOS DE SALUD OCUPACIONAL OTORGADOS |            |                                 |                                 |                     |         |
| VALOR ACTO O DOCUMENTO UNITARIO: \$ 114.900                                                                                         |            | NUMERO DE ACTOS O DOCUMENTOS: 1 |                                 |                     |         |
| <b>VALOR TOTAL: \$ 114.900</b>                                                                                                      |            | <b>PAGO EN EFECTIVO</b>         |                                 |                     |         |
| DESCRIPCIÓN DEL PAGO:                                                                                                               |            |                                 |                                 |                     |         |
| CONCEPTO                                                                                                                            | V.UNITARIO | V.TOTAL                         | CONCEPTO                        | V.UNITARIO          | V.TOTAL |
| 0.15 SMLV EST. PRO-SALUD                                                                                                            | 92.400     | 92.400                          | 2% SMLV EST. PRO-UNIVALLE       | 12.300              | 12.300  |
| 0,6% SMLV EST. PRO-HOSPITALES                                                                                                       | 3.700      | 3.700                           | V/R EST. PRO-CULTURA DEPTAL L16 | 6.500               | 6.500   |
|                                                                                                                                     |            |                                 |                                 |                     |         |
| EL RECIBO DE PAGO VALIDA LAS ESTAMPILLAS AUTORIZADAS EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA                                         |            |                                 |                                 |                     |         |
| EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL TRÁMITE DEBE EXIGIRLO Y ADJUNTARLO AL TRAMITE CORRESPONDIENTE.                                       |            |                                 |                                 |                     |         |
| ESTE DOCUMENTO SOLO ES VALIDO CON EL TIMBRE O SELLO DEL BANCO.                                                                      |            |                                 |                                 |                     |         |
|                                                                                                                                     |            |                                 |                                 | USUARIO             | V-12    |



www.valledelili.org  
Av. Simón Bolívar Cra. 98 No. 18 - 49  
Tel: 331 90 90 Ext. 7336  
Phone: 331 90 90 Ext. 7336

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

## CARNET DE VACUNACIÓN ADULTOS

Nombre: DEMIS EDUARDO COBO O

Fecha de nacimiento: 22-10-1960

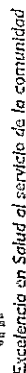
Documento de identidad: 16645161

Sexo: MASCULINO

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

| VACUNA -<br>VACCINE                                            | FECHA -<br>DATE | LOTE        | FIRMA -<br>SIGNATURE                        |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|---------------------------------------------|
| Hepatitis B<br>3 dosis/3 shots                                 | AGO. 31         | AH BUC 5440 | ALICIA DE L.<br>VACUNACION<br>CONSULTA EXTE |
| Tétano/<br>Tetanus cada<br>10 años/10 years                    |                 |             |                                             |
| MMR cada<br>10 años/10 years                                   |                 |             |                                             |
| D.P.T cada<br>10 años/10 years                                 |                 |             |                                             |
| Neumococo/<br>Pneumococcus<br>1 dosis/1 shot                   |                 |             |                                             |
| Fiebre amarilla/<br>Yellow fever<br>1 dosis/1 shot             |                 |             |                                             |
| Virus del<br>papiloma/<br>Papilloma virus<br>3 dosis/3 shots   |                 |             |                                             |
| Varicela/<br>Chickenpox<br>2 dosis/2 shots                     |                 |             |                                             |
| Hepatitis A<br>2 dosis/2 shots                                 |                 |             |                                             |
| Meningococo/<br>Meningococcus<br>2 dosis/2 shots               |                 |             |                                             |
| Herpes Zoster<br>1 dosis/1 shots                               |                 |             |                                             |
| Influenza<br>estacional<br>anual/ Influenza<br>seasonal annual |                 |             |                                             |
| DPT A gestante/<br>DPT A pregnant                              |                 |             |                                             |
| Otros/Others                                                   |                 |             |                                             |



Yenica Superschool 

**FUNDACIÓN VALLE DEL LILLO**  
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

**Excelencia en Salud al servicio de la comunidad**

Fecha de Nacimiento: 22 Oct - 1960

Sex: 2

Teléfono: 51348666

|                                    | FECHA      | LOTE        | FARMACIA  |
|------------------------------------|------------|-------------|-----------|
| HEPATITIS B<br>3 DOSIS             | 06-06-2014 | AH13VC344DC | Queminn y |
| TÉTANO<br>CADA 10 AÑOS             | 06-06-2014 | T 3112X     | Queminn y |
| MMR<br>CADA 10 AÑOS                |            |             |           |
| D.T.<br>CADA 10 AÑOS               |            |             |           |
| NEUMOCOCO<br>CADA 5 AÑOS           |            |             |           |
| FIEBRE<br>AMARILLA<br>CADA 10 AÑOS |            |             |           |
| VIRUS DEL<br>PAPILOMA<br>3 Dosis   |            |             |           |
| VARICELA<br>2 Dosis                |            |             |           |
| HEPATITIS A<br>2 Dosis             |            |             |           |
| MENINGOCOCO<br>3 Dosis             |            |             |           |
| INFLUENZA<br>ESTACIONAL<br>ANUAL   |            |             |           |
| OTROS                              |            |             |           |

# CARNÉ DE VACUNACION ADULTO

Nombre:

Denis Cobo

Empresa:

Hospital Universitario Valle



Unidad  
de Salud  
Ocupacional

Cali: Calle 23B Norte No. 3N - 52  
Tels.: (57-2) 661 67 47 - 660 84 12  
Bogotá Norte: Calle 62 # 19 A - 17 - Tel. (1) 300 33 22  
Bogotá Zona Industrial: Carrera 68 No. 19-51  
Tel. (1) 742 96 69  
Buenaventura: Calle 7 # 3-11 Oficina: 602  
Teléfono: (2) 2419326  
Tuluá: Carrera 33 No. 24-39  
Palmira Calle 31 No. 30-85

Nombre del vacunador responsable

Monica Gonzalez

Unidad  
de Salud  
Ocupacional

| VACUNA          | 1ra. Dosis | 2da. Dosis | 3ra. Dosis | Refuerzo |
|-----------------|------------|------------|------------|----------|
| Toxide Tetánico |            | 1 MES      | 6 MESES    | 1 AÑO    |
| FECHA           | 26/08/16   | 26/09/16   |            |          |
| LOTE            | 604X       |            |            |          |
| Hepatitis A     |            | 6 MESES    |            |          |
| FECHA           |            |            |            |          |
| LOTE            |            |            |            |          |
| Hepatitis B     |            | AL MES     | A 6 MESES  | A 5 AÑOS |
| FECHA           | 26/08/16   | 26/09/16   |            |          |
| LOTE            | 19302403   |            |            |          |
| Influenza       |            | 1 AÑO      |            |          |
| FECHA           | 26/08/16   | 2017       |            |          |
| LOTE            | N3385      |            |            |          |

| VACUNA -<br>VACCINE                                            | FECHA -<br>DATE   | LOTE                     | FIRMA -<br>SIGNATURE                 |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Hepatitis B<br>3 dosis/3 shots                                 | AGO. 31<br>OCT 19 | AHBUCSAH10<br>AHBUCSAH10 | ANGELA<br>AMARIZION<br>CONSULTA EXTE |
| Tétano/<br>Tetanus cada<br>10 años/10 years                    |                   | 3 M 920                  | 2013                                 |
| MMR cada<br>10 años/10 years                                   |                   |                          |                                      |
| DPT cada<br>10 años/10 years                                   |                   |                          |                                      |
| Neumococo/<br>Pneumococcus<br>1 dosis/1 shot                   |                   |                          |                                      |
| Fiebre amarilla/<br>Yellow fever<br>1 dosis/1 shot             |                   |                          |                                      |
| Virus del<br>papiloma/<br>Papilloma virus<br>3 dosis/3 shots   |                   |                          |                                      |
| Varicela/<br>Chickenpox<br>2 dosis/2 shots                     |                   |                          |                                      |
| Hepatitis A<br>2 dosis/2 shots                                 |                   |                          |                                      |
| Meningococo/<br>Meningococcus<br>2 dosis/2 shots               |                   |                          |                                      |
| Herpes Zoster<br>1 dosis/1 shots                               |                   |                          |                                      |
| Influenza<br>estacional<br>anual/ Influenza<br>seasonal annual |                   |                          |                                      |
| DPT A gestante/<br>DPT A pregnant                              |                   |                          |                                      |
| Otros/Others                                                   |                   |                          |                                      |



CERT - 27616

BOGOTÁ D.C., 08 agosto 2017

**La SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN (S.C.A.R.E.)**

**CERTIFICA:**

Que, DENIS EDMOND COBO OLIVEROS con Cédula de Ciudadanía No. 16645161 de profesión (MEDICINA - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA) y documento de afiliación No. 13012956, en calidad de Afiliado Activo Solidario de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) realiza contribuciones o aportes no reembolsables con la finalidad de acceder a una serie de beneficios sociales comprendidos dentro del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE) desde el día 22 mayo 1995. A través del FEPASDE, los afiliados a la S.C.A.R.E. obtienen apoyo solidario en caso de que sean objeto de reclamaciones extra o prejudiciales o sean vinculados a procesos civiles, penales, contencioso administrativos, éticos o disciplinarios dentro del territorio Colombiano, ocasionados por el ejercicio mismo de su profesión u ocupación en relación directa con el acto del profesional y personal de la Salud, todo dentro de los límites y condiciones establecidos en el respectivo reglamento vigente.

**Adicional a los beneficios sociales con fines académicos, científicos y gremiales, el afiliado activo solidario puede solicitar:**

- a) Las consultas jurídicas que requiera con ocasión del ejercicio de su profesión u ocupación y relacionadas directamente con la prestación del servicio de salud.
- b) La asistencia jurídica en dos (2) procesos éticos o disciplinarios. (Aplicable para afiliados después del primero de diciembre de 2.010)
- c) La asistencia jurídica para la defensa en dos (2) procesos ante la jurisdicción civil, administrativa o penal que se adelanten por eventos relacionados con el ejercicio de su profesión y relacionados directamente con la prestación de servicio de salud, incluida la asistencia en el trámite de los recursos extraordinarios de Revisión y de Casación cuando acorde con las políticas establecidas por S.C.A.R.E. se considere viable.
- d) El reconocimiento de un auxilio de hasta cuatrocientos (400) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano, liquidados al momento de otorgar el auxilio, por concepto de apoyo económico en caso de ser condenado en proceso judicial derivado de su ejercicio profesional, en la primera solicitud de reconocimiento.
- e) El reconocimiento de un auxilio de hasta doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano, liquidados al momento de otorgar el auxilio, por concepto de apoyo económico en caso de ser condenado al pago de alguna suma de dinero en proceso judicial derivado de su ejercicio profesional, en la segunda y última solicitud de reconocimiento.
- f) El reconocimiento de un único auxilio de hasta dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano, por concepto de reembolso para sus gastos personales relacionados con el proceso, beneficio frente al cual se deberán presentar los soportes correspondientes en un lapso no mayor de tres (3) meses y realizar la respectiva solicitud en los términos establecidos en el respectivo reglamento vigente. Entiéndase por gastos personales relacionados con el proceso, aquellos tales como uso de transportes nacionales para comparecer ante la autoridad judicial, ética o administrativa que lo requiera, adquisición de copias del expediente para su uso exclusivo y traslado nacional de testigos ante los estrados judiciales, éticos o administrativos.
- g) El reconocimiento de un auxilio para una Conciliación única prejudicial o judicial cuyo monto total no supere los quince (15) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano. El reconocimiento de este beneficio estará sujeto al cumplimiento del protocolo de conciliaciones establecido por la S.C.A.R.E. y a su aprobación interna, y no afectará los demás auxilios pero implicará el agotamiento de medio beneficio de apoderamiento jurídico.

Lo anterior se sujeta a lo establecido en el respectivo reglamento vigente del FEPASDE y al reconocimiento limitado de los beneficios de los numerales b, c, d, e, f, y g. Para el reconocimiento de los anteriores beneficios tendrán plena validez las contribuciones o aportes no reembolsables que se realicen a través de los convenios celebrados por la S.C.A.R.E.; sin embargo, en caso de atraso mayor a un mes en el pago de dichas contribuciones o aportes no reembolsables mediante convenios, el afiliado deberá continuar con su pago individualmente so pena de perder los beneficios de acuerdo a lo establecido en el respectivo reglamento vigente, y el reconocimiento de los anteriores beneficios está sujeto a la verificación por parte de la S.C.A.R.E. del pago de los aportes o contribuciones del afiliado en las fechas correspondientes, bien sea que estos se realicen de manera individual o a través de convenio.

La presente certificación es válida hasta el 08 agosto 2018 y se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente,

**NESTOR FABIAN MARTINEZ SANTANA**  
GERENTE DE MERCADEO, VENTAS Y SERVICIO AL CLIENTE

Carrera 15A No. 120-74 • Bogotá D.C., Colombia  
Contact Center Nacional: 01 8000 91 3392  
PBX Bogotá: (1) 619 6077  
Fax: (1) 620 3230  
VSC-QUE-FO-002 / v5 / 28-06-2016

*Cuidamos a los que cuidan*  
[www.scare.org.co](http://www.scare.org.co)







## Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)  
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

CERT - 25624

BOGOTÁ D.C., 18 ENERO 2016

### La SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACIÓN (S.C.A.R.E.)

#### CERTIFICA:

Que, DENIS EDMOND COBO OLIVEROS con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 16645161 de profesión (MEDICINA - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA) y documento de afiliación No. 13012956, en calidad de Socio Activo Solidario de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) realiza aportes no reembolsables con destino al Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE) desde el día 22 MAYO 1995. FEPASDE brinda apoyo jurídico y económico a los profesionales de la salud dentro del territorio colombiano, que sean sujetos pasivos de acciones judiciales de responsabilidad civil, penal, contenciosa administrativa o de ética en Colombia, todo dentro de los límites y condiciones establecidos en el respectivo reglamento. Igualmente, se brinda asesoría frente a reclamaciones prejudiciales o extrajudiciales, ocasionadas por el ejercicio mismo de su profesión y por actos que tengan directa relación con la misma.

**CUBRIMIENTO:** Territorio Nacional

#### BENEFICIOS:

- Las consultas jurídicas requeridas con relación a las actuaciones propias de su ejercicio profesional.
- La asistencia jurídica en dos (2) procesos éticos o disciplinarios. (Sujeto a la fecha de afiliación del socio "después del 1ro. diciembre de 2.010")
- La asistencia jurídica para la defensa del Socio Activo Solidario durante dos (2) procesos ante la jurisdicción civil, administrativa, penal o laboral por responsabilidad profesional, incluida la asistencia en el trámite de los recursos extraordinarios de Revisión y de Casación.
- El pago al Socio Activo Solidario, hasta por **cuatrocientos (400)** salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano, liquidados al momento del pago, por concepto de apoyo económico en caso de ser condenado al pago de alguna suma de dinero en proceso judicial en la primera reclamación.
- El pago al Socio Activo Solidario, hasta por **doscientos (200)** salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano, liquidados al momento del pago, por concepto de apoyo económico en caso de ser condenado al pago de alguna suma de dinero en proceso judicial en la segunda y última reclamación.
- Una vez aprobada la solicitud para asistencia jurídica dentro de un proceso, por concepto de reembolso de gastos del mismo, el Socio Activo Solidario recibirá hasta dos (2) salarios mínimos mensuales vigentes en el territorio colombiano, para sus gastos personales relacionados con el proceso. Deberá presentar los soportes correspondientes en un lapso no mayor de tres (3) meses. Entiéndase por gastos personales relacionados con el proceso aquellos que corresponden al uso de trasportes para comparecer ante la autoridad judicial, ética o administrativa que lo requiera, adquisición de copias del expediente para su uso exclusivo; y traslado de testigos ante los estrados judiciales, éticos o administrativos. Este beneficio sólo podrá ser utilizado por el socio solidario que haya efectuado una reclamación en los términos contemplados en este reglamento y por único proceso y una única vez. Por otra parte, los gastos necesarios para el adelantamiento del proceso tales como copias, notificaciones, peritajes y honorarios del abogado tal y como se expresa en el artículo quinto del presente reglamento, son asumidos por la S.C.A.R.E.; Por esta razón, en caso de ser condenado el demandante al pago de costas, éstas pertenecen a la S.C.A.R.E.
- Una (1) Conciliación única prejudicial o judicial cuyo monto total no supere los 15 salarios mínimos mensuales legales vigentes. Este beneficio estará sujeto al cumplimiento del protocolo de conciliaciones establecido por la S.C.A.R.E. y a su aprobación interna; no afectará el auxilio económico, pero su pago implicará el agotamiento de media cobertura jurídica del Socio Activo Solidario.

Lo anterior se sujeta a lo establecido en el Reglamento del FEPASDE y a la utilización limitada de los beneficios de los numerales b, c, d, e, f, y g por el socio desde el momento de su afiliación.

La presente certificación es válida hasta el 18 ENERO 2017 y se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente,

GERARDO HERNAN RODRIGUEZ SANCHEZ  
GERENTE DE MERCADEO, VENTAS Y SERVICIO AL CLIENTE

Carrera 15A No. 120-74 • Bogotá D.C., Colombia  
Call Center Nacional: 01 8000 91 3392  
PBX Bogotá: (1) 619 6077  
Fax: (1) 620 3230  
VSC-QUE-FO-002 / v3 / 25-10-2013

*Cuidamos a los que cuidan*  
[www.scare.org.co](http://www.scare.org.co)





CERT - 27616

BOGOTÁ D.C., 08 agosto 2017

La SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN (S.C.A.R.E.)

CERTIFICA:

Que, DENIS EDMOND COBO OLIVEROS con Cédula de Ciudadanía No. 16645161 de profesión (MEDICINA - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA) y documento de afiliación No. 13012956, en calidad de Afiliado Activo Solidario de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) realiza contribuciones o aportes no reembolsables con la finalidad de acceder a una serie de beneficios sociales comprendidos dentro del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE) desde el día 22 mayo 1995. A través del FEPASDE, los afiliados a la S.C.A.R.E. obtienen apoyo solidario en caso de que sean objeto de reclamaciones extra o prejudiciales o sean vinculados a procesos civiles, penales, contencioso administrativos, éticos o disciplinarios dentro del territorio Colombiano, ocasionados por el ejercicio mismo de su profesión u ocupación en relación directa con el acto del profesional y personal de la Salud, todo dentro de los límites y condiciones establecidos en el respectivo reglamento vigente.

**Adicional a los beneficios sociales con fines académicos, científicos y gremiales, el afiliado activo solidario puede solicitar:**

- Las consultas jurídicas que requiera con ocasión del ejercicio de su profesión u ocupación y relacionadas directamente con la prestación del servicio de salud.
- La asistencia jurídica en dos (2) procesos éticos o disciplinarios. (Aplicable para afiliados después del primero de diciembre de 2010)
- La asistencia jurídica para la defensa en dos (2) procesos ante la jurisdicción civil, administrativa o penal que se adelanten por eventos relacionados con el ejercicio de su profesión y relacionados directamente con la prestación de servicio de salud, incluida la asistencia en el trámite de los recursos extraordinarios de Revisión y de Casación cuando acorde con las políticas establecidas por S.C.A.R.E. se considere viable.
- El reconocimiento de un auxilio de hasta cuatrocientos (400) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano, liquidados al momento de otorgar el auxilio, por concepto de apoyo económico en caso de ser condenado en proceso judicial derivado de su ejercicio profesional, en la primera solicitud de reconocimiento.
- El reconocimiento de un auxilio de hasta doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano, liquidados al momento de otorgar el auxilio, por concepto de apoyo económico en caso de ser condenado al pago de alguna suma de dinero en proceso judicial derivado de su ejercicio profesional, en la segunda y última solicitud de reconocimiento.
- El reconocimiento de un único auxilio de hasta dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano, por concepto de reembolso para sus gastos personales relacionados con el proceso, beneficio frente al cual se deberán presentar los soportes correspondientes en un lapso no mayor de tres (3) meses y realizar la respectiva solicitud en los términos establecidos en el respectivo reglamento vigente. Entiéndase por gastos personales relacionados con el proceso, aquellos tales como uso de transportes nacionales para comparecer ante la autoridad judicial, ética o administrativa que lo requiera, adquisición de copias del expediente para su uso exclusivo y traslado nacional de testigos ante los estrados judiciales, éticos o administrativos.
- El reconocimiento de un auxilio para una Conciliación única prejudicial o judicial cuyo monto total no supere los quince (15) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano. El reconocimiento de este beneficio estará sujeto al cumplimiento del protocolo de conciliaciones establecido por la S.C.A.R.E. y a su aprobación interna, y no afectará los demás auxilios pero implicará el agotamiento de medio beneficio de apoderamiento jurídico.

Lo anterior se sujeta a lo establecido en el respectivo reglamento vigente del FEPASDE y al reconocimiento limitado de los beneficios de los numerales b, c, d, e, f, y g. Para el reconocimiento de los anteriores beneficios tendrán plena validez las contribuciones o aportes no reembolsables que se realicen a través de los convenios celebrados por la S.C.A.R.E.; sin embargo, en caso de atraso mayor a un mes en el pago de dichas contribuciones o aportes no reembolsables mediante convenios, el afiliado deberá continuar con su pago individualmente so pena de perder los beneficios de acuerdo a lo establecido en el respectivo reglamento vigente, y el reconocimiento de los anteriores beneficios está sujeto a la verificación por parte de la S.C.A.R.E. del pago de los aportes o contribuciones del afiliado en las fechas correspondientes, bien sea que estos se realicen de manera individual o a través de convenio.

La presente certificación es válida hasta el 08 agosto 2018 y se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente

NESTOR FABIAN MARTINEZ SANTANA  
GERENTE DE MERCADEO, VENTAS Y SERVICIO AL CLIENTE

Carrera 15A No. 120-74 • Bogotá D.C., Colombia  
Contact Center Nacional: 01 8000 91 3392  
PBX Bogotá: (1) 619 6077  
Fax: (1) 620-3230  
VSC-QUE-FO-002 / v5 / 28-06-2016

*Cuidamos a los que cuidan*  
[www.scare.org.co](http://www.scare.org.co)



# *Tribunal Nacional de Ética Médica*

*Ley 23 / 81 - Artículo 63*

C1664516100017398

## **EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**, identificado(a) con C.C. No. 16645161 y T.P. o R.M. No. 1661084 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

**“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”**

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 06 enero 2021 a solicitud del(a) interesado(a).

  
GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ  
Presidente



*Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.*

*E- Mail [antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org](mailto:antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org), [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org)*

*[antecedentestribunal@outlook.com](mailto:antecedentestribunal@outlook.com)*



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
**POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**

Inicio

Institución

Contáctenos

### Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/11/2016 a las 19:18:22 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 16645161 y  
Nombres: COBO OLIVEROS DENIS EDMOND

#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de acuerdo con el art. 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.

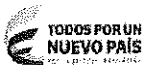
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

**Volver al Inicio**

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA  
Carrera 59 N° 26-21. CAN. Bogotá DC  
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm  
Requerimientos ciudadanos 24 horas  
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 400  
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia  
de la República



Ministerio  
de Defensa



Gobierno  
en Línea



Portal Único  
de Contratación



**Todos los derechos reservados 2011.**

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

2165

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2021-07-09→10:03:56 AM -2021-07-09→10:04:48 AM -2021-07-09→10:05:44 AM -2021-07-09→10:14:01 AM -2021-07-09→10:16:10 AM -2021-07-09→10:18:03 AM -2021-07-09→10:19:51 AM -2021-07-09→10:20:53 AM -2021-07-09→10:22:15 AM -2021-07-09→10:24:49 AM -2021-07-09→10:26:11 AM -2021-07-09→10:27:21 AM -2021-07-09→10:29:24 AM -2021-07-09→10:40:59 AM -2021-07-09→10:42:01 AM -2021-07-09→10:47:07 AM -2021-07-09→10:47:52 AM -2021-07-09→10:49:49 AM -2021-07-09→10:50:36 AM -2021-07-09→10:52:22 AM -2021-07-09→10:53:32 AM -2021-07-09→10:55:00 AM -2021-07-09→11:01:09 AM -2021-07-09→11:03:25 AM -2021-07-09→11:05:02 AM -2021-07-09→11:06:38 AM -2021-07-09→11:07:42 AM -2021-07-09→11:08:53 AM -2021-07-09→11:10:01 AM -2021-07-09→11:10:59 AM -2021-07-09→11:13:36 AM

| Tipo           | Nro.           | Primer | Segundo | Primer   | Segundo  | Estado          | Detalle |
|----------------|----------------|--------|---------|----------|----------|-----------------|---------|
| Identificación | Identificación | Nombre | Nombre  | Apellido | Apellido | Identificación: | Ver     |
| CC             | 16645161       | DENIS  | EDMOND  | COBO     | OLIVEROS | Vigente         |         |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de el (la) señor(a) DENIS EDMOND COBO OLIVEROS identificado(a) con CC 16645161 registra La siguiente Info

2021-07-09→11:13:36 AM

## Información Académica

| Tipo Programa | Origen Titulo | Obtención | Profesión u Ocupación     | Fecha inicio ejercer | Acto Administrativo | Entidad Reportadora       |
|---------------|---------------|-----------|---------------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|
| ESP           | Extranjero    | Local     | Ortopedia y Traumatología | 1995-08-28           | 69643               | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| UNV           |               |           | MEDICINA                  | 1986-11-12           | 16610               | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación              | Fecha Inicio | Fecha Fin  | Modalidad Prestación                                             | F P |
|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--------------|------------|------------------------------------------------------------------|-----|
| Presto SSO      | Local                 | COLOMBIA VALLE DEL CAUCA CALI | 1985-09-02   | 1986-09-01 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | I   |

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

## Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

## Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)[Notificaciones judiciales](#)[Términos y condiciones de uso.](#)

Search

SISPRO

Principal

SIDAM-SI Estandares de Medicament... > |

Cédula de Ciudadanía

16645161

Confirme los números de la imagen \*

6769

Cambiar

7815

Validar Registro de ACTH L2

Limpiar

Resultado General -2019-12-04--9:24:55 AM

| Tipo           | Nro:           | Primer | Segundo | Primer   | S |
|----------------|----------------|--------|---------|----------|---|
| Identificación | Identificación | Nombre | Nombre  | Apellido | A |
| CC             | 16645161       | DENIS  | EDMOND  | COBO     | O |

Información Detallada [CC: 16645161] DENIS EDMOND COBO OL

2019-12-04--9:24:55 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen | Obtención | Título   | Profesión u | Ocupación | Fecha desde que puede ejercer | En      |
|---------------|--------|-----------|----------|-------------|-----------|-------------------------------|---------|
| UNV           | Local  |           | MEDICINA |             |           | 1986-11-12                    | COLEGIO |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del

Conmutador: +57(1) 330 5000 - Central de fax: +57(1) 330 5050

Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua

Línea de atención de desastres: +57(1) 330 5071 - 24 horas

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PORSD](#)

[Notificaciones judiciales](#)



RESOLUCION No. 1892 DE 19

28 AGO. 1995

se convalida un título obtenido en el exterior  
Por lo cual

EL SECRETARIO GENERAL del

INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

en uso de la delegación de funciones conferidas por la Resolución 0317 del 20 de febrero de 1995 y en especial de las atribuciones conferidas por la ley 30 de 1992 y el decreto 1389 de 1993, y

CONSIDERANDO :

Que GENSY EDMOND COSO OLIVEROS, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 10.649.101 de Cali, presentó ante este Instituto el título de ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOFEDIA, expedido el 10 de noviembre de 1984, por LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, Mexico D.F., México para su convalidación, registro y posterior inscripción;

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 17 de noviembre de 1984, por LA UNIVERSIDAD DEL VALLE, Cali, Colombia.

Que los estudios fueron evaluados;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a DENIS EDMOND CUBO OLIVEROS

### RESUELVE

**ARTICULO PRIMERO.** Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOFEDIA, otorgado el 10 de noviembre de 1994, por LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, México, D.F., México, a DENIS EDMOND CUBO OLIVEROS, ciudadano colombiano con cedula de ciudadanía 16.242.121 de Cali, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN ORTOFEDIA Y TRAUMATOLOGIA, que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 20 de 1992.

**ARTICULO SEGUNDO.** Ordenar a la Oficina de Relaciones Internacionales de este Instituto, el registro de dicho título y para tal efecto presentarse el original del diploma.

**ARTICULO TERCERO.** La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición en la vía gubernativa, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá de Bogotá, D.C. a los

28 ADO. 1995

EDUARDO NORIEGA DE LA CRUZ  
Secretario General

ALBA BERNI B.  
Subdirectora General Jurídica

JORGE MIGUEL MAGDANIEL ROSADO  
Jefe Oficina de Relaciones Internacionales

Roberto Arango



### Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

|                                          |                                                   |                        |                                       |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| Tipo de Identificación:                  | <input type="text" value="Cédula de ciudadanía"/> | Número Identificación: | <input type="text" value="16645161"/> |
|                                          | <input type="text" value="¿ Cuanto es 12+8?"/>    |                        | <input type="text" value="20"/>       |
| <input type="button" value="Consultar"/> |                                                   |                        |                                       |

### Datos del ciudadano

Señor(a) DENIS EDMOND COBO OLIVEROS identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 16645161.

### El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.  
Fecha de consulta: martes, noviembre 08, 2016 - Hora de consulta: 19:18:46

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic [aquí](#) para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en <http://www.registraduria.gov.co/>

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga [clic aquí](#) para descargarlo gratis.

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Centro de Atención al Público (CAP): Carrera 5ª nro. 15 - 60 (Bogotá) / Lunes a viernes de 8 a.m. a 5:00pm, jornada continua.<br/>Recibo de Correspondencia: Lunes a viernes de 8 a.m. a 4:00pm, jornada continua.<br/>Línea gratuita para todo el país: 018000 910 315 - Línea reducida: 142 - PBX: (571) 5878750<br/>Email: <a href="mailto:quejas@procuraduria.gov.co">quejas@procuraduria.gov.co</a> / <a href="mailto:dcap@procuraduria.gov.co">dcap@procuraduria.gov.co</a> / <a href="mailto:webmaster@procuraduria.gov.co">webmaster@procuraduria.gov.co</a><br/>Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados<br/>Desarrollado por: <a href="#">CDI Software Colombia</a><br/>V.0.0.4</p> |
|                                                                                     | <p>Por Robert Pineda, para CDI Software, 2013</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



MINSALUD

GOBIERNO  
DE COLOMBIA

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS            |
|--------------------------|------------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC               |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 16645161         |
| NOMBRES                  | DENIS EDMOND     |
| APELLIDOS                | COBO OLIVEROS    |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**         |
| DEPARTAMENTO             | VALLE            |
| MUNICIPIO                | SANTIAGO DE CALI |

### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                   | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-------------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | CONTRIBUTIVO | 01/09/2005                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

Fecha de Impresión: 10/10/2018 09:18:11 Estación de origen: 200.6.187.58

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

**EPS**



**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA**

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

**CERTIFICA**

Que **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **16645161** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 16645161                        |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS         |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 01/07/2005                         |
| FECHA RETIRO EPS SURA           | ACTIVO(A)                          |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 1144                               |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 51                                 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 06/01/2021

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

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.**

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de Atención Barranquilla 319 7901, Bogotá 489 7941, Cali 380 8941, Medellín 448 6115  
Línea Nacional 018000 519 519

[www.epssura.com](http://www.epssura.com)

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **16645161** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

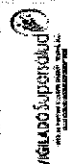
|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 16645161                        |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS         |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 01-07-2005                         |
| FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA   | VIGENTE                            |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 1046                               |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS   | 104                                |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 51                                 |

\*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 10/10/2018

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR  
SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS**



EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Línea de Atención Desde Medellín 448 61 15 Resto del país 018000 519 519

[www.epssura.com](http://www.epssura.com)

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía  
y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SURA

### CERTIFICA

Que DENIS EDMOND COBO OLIVEROS identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 16645161, aparece registrado(a) en EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 16645161                        |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS         |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN         | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 01-07-2005                         |
| FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA   | VIGENTE                            |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 1003                               |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS   | 104                                |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 56                                 |
| EMPLEADOR(ES)*                  |                                    |

\*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 29/11/2017

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR  
SEMANAS COTIZADAS AL SGSSS**

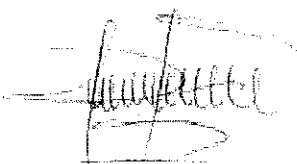
## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

### CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **16645161**, se encuentra afiliado (a) desde **20/06/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES |                |                    |            |                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Novedad                                                             | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha      | Multivinculación Decreto 3995/2008                                             |
| Traslado de Salida                                                  | 3              | PORVENIR S.A.      | 07/12/1996 | Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI |
| Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES             | 23             | COLPENSIONES       | 01/12/2009 | No Aplica                                                                      |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de octubre de 2018.



**Rosa Mercedes Niño Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

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

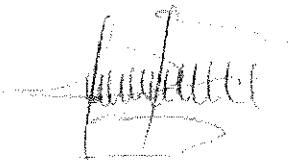
## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

### CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **16645161**, se encuentra afiliado (a) desde **20/06/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES |                |                    |            |                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Novedad                                                             | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha      | Multivinculación Decreto 3995/2008                                             |
| Traslado de Salida                                                  | 3              | PORVENIR S.A.      | 07/12/1996 | Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI |
| Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES             | 23             | COLPENSIONES       | 01/12/2009 | No Aplica                                                                      |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de septiembre de 2016.



**Rosa Mercedes Niño Amaya**  
**Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano**

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

Medellín, 06 de enero de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

**CERTIFICA:**

Que DENIS EDMOND COBO OLIVEROS identificado(a) con cédula de ciudadanía 16645161 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 07/01/2021

Fecha fin cobertura: 31/12/2021

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

FABISALUD IPS SAS N900951033

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

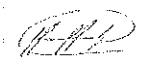
**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C166451612100660247.

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

06/01/2021 4:44 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Medellín, 01 de abril de 2020

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

**CERTIFICA:**

Que DENIS EDMOND COBO OLIVEROS identificado(a) con cédula de ciudadanía 16645161 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/01/2020

Fecha fin cobertura: 31/12/2020

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

FABISALUD IPS SAS N900951033

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C166451612009237960

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

01/04/2020 10:32 AM

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

Medellín, 02 de enero de 2020

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

**CERTIFICA:**

Que DENIS EDMOND COBO OLIVEROS identificado(a) con cédula de ciudadanía 16645161 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/01/2020

Fecha fin cobertura: 31/12/2020

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**FABISALUD IPS SAS N900951033**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%**

**CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES**

**CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101**

**CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%**

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C166451612000238303

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

02/01/2020 10:38 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 31 de diciembre de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que DENIS EDMOND COBO OLIVEROS identificado(a) con cédula de ciudadanía 16645161 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/01/2019

Fecha fin cobertura:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE</b><br><b>CLINICA CRISTO REY N900951033</b><br><br><b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL<br><b>CLASE DE RIESGO: 3      PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%</b><br><b>CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES</b><br><b>CLASE: 3      PORCENTAJE: 2,436%      TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES</b><br><b>ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b><br><b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL<br><b>CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101</b><br><b>CLASE DE RIESGO: 3      PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

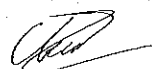
**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C166451611836526089.

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

31/12/2018 7.14 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 23 de febrero de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que DENIS EDMOND COBO OLIVEROS identificado(a) con cédula de ciudadanía 16645161 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 22/02/2018

**Fecha fin cobertura:** 31/12/2018

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**CLINICA CRISTO REY N900951033**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA****ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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

C166451611805426767

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

23/02/2018 7.26 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 23 de febrero de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que DENIS EDMOND COBO OLIVEROS identificado(a) con cédula de ciudadanía 16645161 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 22/12/2016

Fecha fin cobertura: 15/09/2017

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

CLINICA CRISTO REY N900951033

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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

C166451611805426767

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

23/02/2018 7.26 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 13 de enero de 2017

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que DENIS EDMOND COBO OLIVEROS identificado(a) con cédula de ciudadanía 16645161 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 22/12/2016

Fecha fin cobertura: 15/09/2017

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

CLINICA CRISTO REY N900951033

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

13/01/2017 4.04 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de  
Notariado y Registro

REGISTRO DE MATRIMONIOS

1178476

| FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO |        |        |
|--------------------------------------|--------|--------|
| 1) Día                               | 2) Mes | 3) Año |
| 11                                   | JUNIO  | + 1994 |

|                     |                                                |           |                                                      |
|---------------------|------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------|
| OFICINA DE REGISTRO | 4) Clase (Notaria, Alcaldía, Inspección, etc.) | 5) Código | 6) Municipio y departamento, Intendencia o Comisaría |
|                     | NOTARIA SEPTIMA                                | 9691      | CALI * VALLE                                         |

|                      |                                                                             |                                                         |                                                                                                      |      |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| DATOS DEL MATRIMONIO | 7) País                                                                     | 8) Depto., Int. o Comisaría                             | 9) Municipio                                                                                         |      |
|                      | Lugar de celebración                                                        | COLOMBIA                                                | VALLE                                                                                                | CALI |
|                      | 10) Clase de matrimonio                                                     | 11) Oficina o sitio de celebración (Juzgado, parroquia) | 12) Nombre del funcionario o párroco                                                                 |      |
|                      | Civil <input checked="" type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> | NOTARIA SEPTIMA DE CALI                                 | Dr. OSVALDO ROBLES C.                                                                                |      |
| FECHA DE CELEBRACION |                                                                             | DOCUMENTO QUE ACREDITA EL MATRIMONIO                    |                                                                                                      |      |
| 13) Día              | 14) Mes                                                                     | 15) Año                                                 | 16) Clase                                                                                            |      |
| 11                   | JUNIO                                                                       | 1994                                                    | Acta parroquial <input type="checkbox"/> Esc. de protocolización <input checked="" type="checkbox"/> |      |
| 17) Número           | 18) Notaria                                                                 |                                                         |                                                                                                      |      |
| 2169/94              | SEPTIMA                                                                     |                                                         |                                                                                                      |      |

|                                 |                     |                      |                                                                                                                     |
|---------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATOS DEL CONTRAYENTE           | 19) Primer apellido | 20) Segundo apellido | 21) Nombres                                                                                                         |
|                                 | COBO                | OLIVEROS             | DENIS EDMOND                                                                                                        |
|                                 | FECHA DE NACIMIENTO |                      | 25) IDENTIFICACION                                                                                                  |
|                                 | 22) Día             | 23) Mes              | 24) Año                                                                                                             |
| 22                              | OCTUBRE             | 1960                 | Clase: T.I. <input type="checkbox"/> C. de C. <input checked="" type="checkbox"/> C. de E. <input type="checkbox"/> |
| Dato del registro de nacimiento |                     | 27) Oficina          | 28) Lugar                                                                                                           |
| NOTARIA PRIMERA                 |                     | CALI * VALLE         | 29) Número de registro                                                                                              |
|                                 |                     |                      | F. NOV 5 DE 1960                                                                                                    |

|                                 |                     |                      |                                                                                                                     |
|---------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATOS DE LA CONTRAYENTE         | 30) Primer apellido | 31) Segundo apellido | 32) Nombres                                                                                                         |
|                                 | VARGAS              | ESCOBAR              | VIVIANA                                                                                                             |
|                                 | FECHA DE NACIMIENTO |                      | 36) IDENTIFICACION                                                                                                  |
|                                 | 33) Día             | 34) Mes              | 35) Año                                                                                                             |
| 01                              | FEBRERO             | 1965                 | Clase: T.I. <input type="checkbox"/> C. de C. <input checked="" type="checkbox"/> C. de E. <input type="checkbox"/> |
| Dato del registro de nacimiento |                     | 38) Oficina          | 39) Lugar                                                                                                           |
| NOTARIA PRIMERA                 |                     | CALI * VALLE         | 40) Número de registro                                                                                              |
|                                 |                     |                      | T. 1.65 F, 339                                                                                                      |

|                          |                                   |                                     |
|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| PADRES DEL CONTRAYENTE   | 41) Nombres y apellidos del padre | 42) Nombres y apellidos de la madre |
|                          | MANUEL EDMOND COBO RAYO           | NORY OLIVEROS                       |
| PADRES DE LA CONTRAYENTE | 43) Nombres y apellidos del padre | 44) Nombres y apellidos de la madre |
|                          | JAIME VARGAS URUEÑA               | MARIELA ESCOBAR AGUDELO             |

|                                     |                            |                                   |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| DENUNCIANTE                         | 45) Nombres y apellidos    | 46) Firma (autógrafa)             |
|                                     | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS | <i>Denis Edmond Cobo Oliveros</i> |
| 47) Identificación (clase y número) |                            |                                   |
| C.C. 16.645.161 DE CALI             |                            |                                   |

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP20 - 0 - X/79.

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| NOTARIA SEPTIMA                                                              |
| CIRCULO DE CALI                                                              |
| RECEBIDO CIVIL                                                               |
| 48) Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro |
| OSVALDO ROBLES CATAÑO                                                        |
| BOGOTÁ                                                                       |

SE EXPIDE A SOLICITUD DE

CON CC. No. 31925540 DE Y SOLO

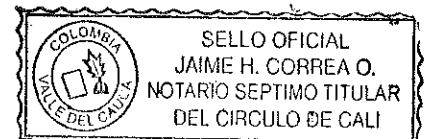
PARA PROBAR PARENTESCO Y

PERTENECE AL SERIAL

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DEL REGISTRO CIVIL Y TIENE VALOR PROBATORIO PERMANENTE DADO EN SANTIAGO DE CALI EL DIA

JAIME HERNAN CORREA OREJUELA  
NOTARIA SEPTIMO DEL CIRCULO DE CALI

30 SEP 2013



NOTA: SI EMPLEA ESTA PARTE DEL FOLIO, DEBE VOLTEAR EL PAPEL CARBON

|                                        |                                 |                |                        |                                       |     |     |
|----------------------------------------|---------------------------------|----------------|------------------------|---------------------------------------|-----|-----|
| CAPITULO:<br>NACIONES<br>MATRIMONIALES | 65 Lugar otorgamiento escritura | 66 Notaria No. | 67 Número de escritura | 68 Fecha otorgamiento de la escritura |     |     |
|                                        |                                 |                |                        | Día                                   | Mes | Año |

[illegible]

|              |                          |                                         |                      |                                                         |
|--------------|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|
| PROVIDENCIAS | 72 Tipo de providencia   | 73 No. Escrit. o Sentencia              | 74 Notaría o Juzgado | 77 Firma del funcionario ante quien se hace el registro |
|              | 75 Lugar de otorgamiento | 76 Fecha de otorgamiento<br>Día Mes Año |                      |                                                         |
|              | 72 Tipo de providencia   | 73 No. Escrit. o Sentencia              | 74 Notaría o Juzgado | 77 Firma del funcionario ante quien se hace el registro |
|              | 75 Lugar de otorgamiento | 76 Fecha de otorgamiento<br>Día Mes Año |                      |                                                         |
|              | 72 Tipo de providencia   | 73 No. Escrit. o Sentencia              | 74 Notaría o Juzgado | 77 Firma del funcionario ante quien se hace el registro |
|              | 75 Lugar de otorgamiento | 76 Fecha de otorgamiento<br>Día Mes Año |                      |                                                         |

(78) NOTAS:

ED BLANCO





ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



|                |                |
|----------------|----------------|
| ① Parte básica | ② Parte compl. |
| 99-03-15       |                |

ARGAGO

|                                                                                 |                                                      |          |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------|
| ④ Consulado, notaría, Registraduría del Estado Civil, Inspección, corregimiento | ⑤ Departamento, municipio, Inspección, corregimiento | ⑥ Código |
| NOTARIA TRECE                                                                   | VALLE-CALI                                           | 9694     |

|                                                                                 |                  |                        |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|----------------------------|
| ⑦ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)                                                       |                  |                        |                            |
| Primer apellido                                                                 | Segundo apellido | Nombre(s)              |                            |
| COBO                                                                            | VARGAS           | LAURA SOFIA            |                            |
| ⑧ SEXO                                                                          |                  | ⑨ FECHA DE NACIMIENTO  |                            |
| Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> |                  | Año 1999 Mes 03 Día 15 |                            |
| ⑩ LUGAR DE NACIMIENTO                                                           |                  |                        |                            |
| País                                                                            | Departamento     | Municipio              | Inspección o corregimiento |
| COLOMBIA                                                                        | VALLE            | CALI                   | *****                      |

SECCION ESPECIFICA

|                                                                                                             |  |                                                                    |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|---------------------|
| ⑪ Organismo de salud o dirección de la casa donde ocurrió el nacimiento                                     |  | ⑫ Hora 19 Minutos 04                                               | ⑬ Tipo sanguíneo: A |
| FUNDACION VALLE DEL LILI                                                                                    |  | AM <input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> | Grupo R.H.          |
| ⑭ Documento antecedente presentado (certificado de nacido vivo número, documento auténtico, acta religiosa) |  | ⑮ Nombre de quien expide el certificado                            |                     |
| certificado de nacido vivo No.1339159                                                                       |  | MARTHA LUCIA JARAMILLO                                             |                     |
|                                                                                                             |  | ⑯ Número de registro o tarjeta profesional                         |                     |
|                                                                                                             |  | - - - -                                                            |                     |

|                                                              |                  |                    |                                  |
|--------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|----------------------------------|
| ⑰ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (apellidos de soltera) |                  |                    | ⑱ Edad al momento del parto      |
| Primer apellido                                              | Segundo apellido | Nombre(s)          |                                  |
| VARGAS                                                       | ESCOBAR          | VIVIANA            | 3.4 Años                         |
| ⑲ Documento de identificación (clase y número)               |                  | ⑳ Nacionalidad(es) | ㉑ Dirección domicilio            |
| C.C. No.31.925.540 de Cali-COLOMBIANA                        |                  |                    | Calle 11A No.70-35 Bloque 1 A    |
| ㉒ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL PADRE                          |                  |                    | ㉓ Edad al momento del nacimiento |
| Primer apellido                                              | Segundo apellido | Nombre(s)          |                                  |
| COBO                                                         | OLIVEROS         | DENIS EDMOND       | 1 Años                           |
| ㉔ Documento de identificación (clase y número)               |                  | ㉕ Nacionalidad(es) | ㉖ Dirección domicilio            |
| C.C. No.16.645.161 de Cali                                   |                  | COLOMBIANO         | Calle 11A No.70-35               |

|                                           |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| Apellido(s) y nombre(s)                   | Domicilio (dirección o municipio) |
| COBO OLIVEROS DENIS EDMOND.               | Calle 11A No.70-35                |
| Documento de identificación (clase y No.) | Firma                             |
| C.C. No.16.645.161. de Cali               | <i>Denis Edmond Cobo Oliveros</i> |
| Apellido(s) y nombre(s)                   | Domicilio (dirección o municipio) |
|                                           |                                   |
| Documento de identificación (clase y No.) | Firma                             |
|                                           |                                   |
| Apellido(s) y nombre(s)                   | Domicilio (dirección o municipio) |
|                                           |                                   |
| Documento de identificación (clase y No.) | Firma                             |
|                                           |                                   |

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| ① Nombre y firma autógrafa del notario o que autoriza registro |
| <i>Lucia Bellini Ayala</i>                                     |
| LUCIA BELLINI AYALA<br>NOTARIA                                 |
| Año 1999 Mes 03 Día 18                                         |

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

# RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL

12 Para efecto de la Ley 75 de 1968 reconozco a la persona a la que se refiere esta acta como hijo extramatrimonial, en cuya constancia firmo, a los ( ) días del mes de

Firma del padre

Firma de la madre

No. y clase de documento de identificación

No. y clase de documento de identificación

Nombre completo del padre

Nombre completo de la madre

Dirección residencia

Dirección residencia

13 Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

## 14 NOTAS

### REPUBLICA DE COLOMBIA LA SUSCRITA NOTARIA TRECE DEL CÍRCULO DE CALI CERTIFICA

Que el presente registro civil es copia autentica del original que reposa en esta Notaria.

Santiago de Cali 22 MAR 2016 se expide para TRAMITE LEGAL

Solicitado por MARIELA ESCOBAR CC# 38991064



**LUCIA BELLINI AYALA**  
Notaria Trece del Circulo de Cali

Artículo 110 y Siguyentes Decreto 1260 de 1970 y artículo 21 Ley 969 de 2005. Vigencia Indefinida

INDICATIVO  
SERIAL

FECHA DE  
REGISTRO  
CIVIL

DATOS  
DEL  
SCRITO

DATOS  
DOCUMENTO

DATOS DE  
LOS  
PADRES  
DEL  
SCRITO

GUARANTE

DATOS  
NÚMERO

DATOS  
NÚMERO

FECHA DE  
EXPIRACION

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Empresa Usaria: PARTICULAR  
 Nombre: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS  
 Fecha de nacimiento: 1960-10-22  
 Edad: 56 años  
 Estado civil: Casado  
 Dirección actual: CALLE 3 OESTE 56 3 50 CASA 34 SEMINARIO  
 Teléfono: 5134866  
 Ocupación: MEDICO ORTOPEDISTA  
 Responsable\*\*: VIVIANA VARGAS (ESPOSA)  
 Acompañante: El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.

Actividad económica:  
 Documento:  
 Lugar de nacimiento:  
 Género:  
 No. hijos vivos:  
 Municipio:  
 Escolaridad:  
 EPS:  
 Teléfono:

Servicios:  
 CC 16645161  
 Cali (Valle)  
 Masculino  
 1  
 CALI  
 Estudios\_posgrado  
 Suma  
 5134866



\*\* La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

**INMUNIZACIONES:** Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Visiometría:  
 Audiometría:  
 Espirometría computarizada:

**CONCLUSIONES OCUPACIONALES**

De acuerdo al examen ocupacional realizado a DENIS EDMOND COBO OLIVEROS con documento de identificación No. 16645161 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de MEDICO ORTOPEDISTA del sector económico Servicios

**CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS**

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio.
2. Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la realización de las tareas propias de la ocupación a desempeñar.
3. Capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal que la empresa le suministra para el desempeño de su trabajo de manera segura.
4. Uso de gafas o lentes de contacto para laborar, según las indicaciones del profesional que lo formulo.
5. Realizar pausas activas en el trabajo.
6. Mejorar posturas y hábitos posturales tanto en posición sentado como de pie.

**RECOMENDACIONES GENERALES** (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. El ejercicio regular, acorde con su estado físico y condición de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
2. Debe actualizar anualmente la fórmula de corrección de los lentes en su EPS. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

**CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**
**NO PRESENTA RESTRICCIONES**

**ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR:** En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

*Leyla S. Moreno*

Dra. Leyla Sabina Moreno Arboleda  
 Medico Esp. Salud Ocupacional  
 R.M. 760109 Unilibre  
 Lic. Salud Ocupacional 724-05-15  
 S.D.S del Valle del Cauca

*Denis Edmond Cobo Oliveros*

DENIS EDMOND COBO OLIVEROS  
 Documento: 16645161



Índice der



Escanee el código si desea verificar datos

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO:** Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Calle 20N # 5N-07 - Cali - Valle del Cauca PBX: 6676225-6677708-4899941  
 www.procaresalud.com info@procaresalud.com

Impreso por: rigoberto.cifuentes  
 Fecha: 2017-08-29 Hora: 14:50

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

|                      |                                                       |                      |                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Empresa Usaria:      | PARTICULAR                                            | Actividad económica: | Servicios         |
| Nombre:              | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                            | Documento:           | CC 16645161       |
| Fecha de nacimiento: | 1960-10-22                                            | Lugar de nacimiento: | Cali (Valle)      |
| Edad:                | 56 años                                               | Género:              | Masculino         |
| Estado civil:        | Casado                                                | No. hijos vivos:     | 1                 |
| Dirección actual:    | CALLE 3 OESTE 56 3 50 CASA 34 SEMINARIO               | Municipio:           | CALI              |
| Teléfono:            | 5134866                                               | Escolaridad:         | Estudios_posgrado |
| Ocupación:           | MEDICO ORTOPEDISTA                                    | EPS:                 | Sura              |
| Responsable**:       | VIVIANA VARGAS (ESPOSA)                               | Teléfono:            | 5134866           |
| Acompañante:         | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. |                      |                   |

\*\* La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.


**INMUNIZACIONES** Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

 Visiometría:  
 Audiometría:  
 Espirometría computarizada:

**CONCLUSIONES OCUPACIONALES**

acuerdo al examen ocupacional realizado a DENIS EDMOND COBO OLIVEROS con documento de identificación No. 16645161 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de MEDICO ORTOPEDISTA del sector económico Servicios

**CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS**

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio.
2. Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la realización de las tareas propias de la ocupación a desempeñar.
3. Capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal que la empresa le suministra para el desempeño de su trabajo de manera segura.
4. Uso de gafas o lentes de contacto para laborar, según las indicaciones del profesional que lo formulo.
5. Realizar pausas activas en el trabajo.
6. Mejorar posturas y hábitos posturales tanto en posición sentado como de pie.

**RECOMENDACIONES GENERALES** (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. El ejercicio regular, acorde con su estado físico y condición de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
2. Debe actualizar anualmente la fórmula de corrección de los lentes en su EPS. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

**CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**
**NO PRESENTA RESTRICCIONES**

**ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR:** En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

 Dra. Leyla Sabina Moreno Arboleda  
 Medico Esp. Salud Ocupacional  
 RM. 760109 Unilibre  
 Lic. Salud Ocupacional 724-05-15  
 S.D.S del Valle del Cauca



 DENIS EDMOND COBO OLIVEROS  
 Documento: 16645161

Índice der



Escanee el código si desea verificar datos

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXÁMENES DE INGRESO:** Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiéndose que hacen parte integral de su historial médico.

 Calle 20N # 5N-07 - Cali - Valle del Cauca PBX: 6676225-6677708-4899941  
 www.procuresalud.com info@procuresalud.com

 Impreso por: rigoberto.cifuentes  
 Fecha: 2017-08-29 Hora: 14:50

**EL BANCO DE BOGOTÁ**

**OFICINA PREMIUM EDIFICIO BANCO DE BOGOTÁ**

**INFORMA A:**

**CLÍNICA CRISTO REY**

Que el Cliente **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**, identificado con cedula de ciudadanía Número **16.645.161**, se encuentra vinculado con esta entidad a través del siguiente producto:

- Cuenta de Ahorros N° 126015957 , vigente desde el día 07/01/2005

Para constancia de lo anterior se firma en Cali a los (21) días del mes de Octubre del año, 2016.

  
OFICINA PREMIUM 827  
JEFE DE SERVICIOS  
**Luis Hernando Fernandez Otalvaro,**  
Jefe de Servicios Oficina Premium 827.  
Oficina Premium edificio Banco de Bogotá.  
Cali.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC



750011074101 CLINICA CRISTO REY CALI

Rol Prescriptor

CONTINUAR

"LA VACA DE LA SALUD ES SAGRADA"

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él. Condiciones de uso

Atención al usuario: Teléfono en Bogotá D.C. 5983750 opción 4, en el resto del país 018000 960020 opción 4

Horario de lunes a viernes 7am a 6pm, sábados de 8am a 1pm - jornada continua

Correo electrónico [atencion.usuario@minsa.gov.co](mailto:atencion.usuario@minsa.gov.co) Centro de Contacto al Ciudadano

Copyright © 2015 Ministerio de Salud y Protección Social

V.2017.07.05.01

Valeria Collazos Escobar

colabo

**De:** Valeria Collazos Escobar <aux.ghumana@clinicacristorey.com.co>  
**Enviado el:** viernes, 25 de agosto de 2017 01:49 p. m.  
**Para:** 'drcobo2009@hotmail.com'  
**Asunto:** CLINICA CRISTO REY NIT 900951033

Buena tarde.

Por motivos de auditoria estamos revisando las carpetas de los especialistas y recordando que la Póliza de responsabilidad civil está próxima a vencerse.

Requiero de su colaboración enviando el documento a este correo lo más pronto posible.

Cordialmente,



**VALERIA COLLAZOS  
ESCOBAR**

*Aprendiz Gestión Humana*  
[aux.ghumana@clinicacristorey.com.co](mailto:aux.ghumana@clinicacristorey.com.co)

**Tel: +57 2 387 6910 Ext.: 309**

☒ No me imprimas si no es necesario. Protejamos el medio ambiente

Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario a quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido (pero a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desecharlo de su sistema.

## Valeria Collazos Escobar

**De:** Valeria Collazos Escobar <aux.ghumana@clinicacristorey.com.co>  
**Enviado el:** lunes, 28 de agosto de 2017 07:45 a. m.  
**Para:** 'drcobo2009@hotmail.com'  
**Asunto:** CLINICA CRISTO REY NIT 900951033

Buen día, por motivos de auditoria estamos revisando las carpetas de los especialistas, y solicitando documentos pendientes. En su carpeta los documentos pendientes son:

- VACUNA DE LA HEPATITIS B
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
- CERTIFICADO REGISTRO EN MIPRES

Agradecemos su pronta gestión.

**Observación:** Para mayor comodidad envíe escaneado el documento a este correo

Cordialmente,



**VALERIA COLLAZOS  
ESCOBAR**

*Aprendiz Gestión Humana*  
[aux.ghumana@clinicacristorey.com.co](mailto:aux.ghumana@clinicacristorey.com.co)

**Tel: +57 2 387 6910 Ext.: 309**

☒ No me imprimas si no es necesario. Protejamos el medio ambiente

Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario o quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desecharlo de su sistema.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                 |                   |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>ENTREGA DE DOTACIÓN, CARNET Y/O ELEMENTOS DE PROTECCIÓN</b> |                                 | CÓDIGO:           | GHU-FT-026             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                 | VERSIÓN:          | 1                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                 | FECHA APROBACIÓN: | MAYO DE 2016           |
| <b>NOMBRE DEL TRABAJADOR:</b> <u>Demis Edmundo Cobo Olivares</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |                                 |                   |                        |
| <b>CARNET Y/O ELEMENTOS DE PROTECCIÓN (EPP)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                 |                   |                        |
| Carnet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <u>SI</u>                                                      | NO                              | Fecha:            | <u>28 - NOV - 2013</u> |
| Elementos de Protección (EPP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI                                                             | NO                              | Fecha:            |                        |
| Cuales ? : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |                                 |                   |                        |
| <b>DOTACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                 |                   |                        |
| Descripción / cantidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Aplica (A) / No Aplica (NA)                                    | Talla                           | Cantidad          | Fecha                  |
| Camisa / Blusa / Camiseta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                 |                   |                        |
| Calzón                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                 |                   |                        |
| Calzado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                 |                   |                        |
| <p>La dotación y/o carnet entregado es de uso obligatorio, personal e intransferible, el no porte o el uso indebido de la misma será considerado un incumplimiento a sus funciones y una violación a la relación contractual establecida con la organización.</p> <p>Los elementos de protección deben ser usado durante el tiempo en el cual desempeñe sus labores y se encuentre expuesto a un riesgo, así como a mantenerlos en buen estado. Usando los elementos de protección estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la Ley a través de la normatividad a saber CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Art. 56, Ley 9 de 1979. Art. 88 Ley 1562 de 2012. Art 27, Resolución 2400 de 1979 entre otras.</p> <p>En caso de pérdida me comprometo a comprarlo nuevamente y en caso de reposición por deterioro debo solicitarlo a la coordinadora de seguridad y salud en el trabajo, para lo cual debo llevar mi elemento de protección personal deteriorado.</p> <p><b>El trabajador manifiesta que:</b></p> <p>La dotación y/o carnet que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, si finaliza el contrato o se realiza la entrega de una nueva dotación de uniformes o EPP y carnet, me comprometo a hacer la devolución de los mismos.</p> <p>- En caso de daño de la dotación o parte de ella por mal uso, el trabajador debe devolverla a la empresa y asumir los costos de su arreglo.</p> <p>- En caso de pérdida del carnet tendrá un costo de \$10.000 Mcte</p> <p>El trabajador autoriza expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la <u>dotación</u> cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.</p> |                                                                |                                 |                   |                        |
| Nombre del Responsable de entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                | Firma del trabajador que recibe |                   |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                | CC: <u>1664761</u>              |                   |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                | Cargo: <u>Ejecutiva</u>         |                   |                        |

105

[illegible]

Santiago de Cali, Octubre 07 de 2016-10-07

### A QUIEN CORRESPONDA

Informo que conozco al Dr. DENIS EDMOND COBO OLIVEROS, con C.C. 16.645.161 de Cali, como persona honrada y de muy buenas costumbres desde hace aproximadamente 3 años ya que compartimos el mismo trabajo como Médico Traumatólogo Ortopedista.

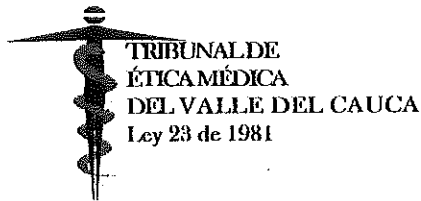
Recomiendo ampliamente al Dr. Cobo, para cualquier labor asignada en sus competencias como Ortopedista de quien doy mis mejores recomendaciones.

Cualquier duda o información adicional con gusto será atendida.

Cordial Saludo,



Dr. Ricardo Álzate  
Médico Traumatólogo Ortopedista  
Cel. 315 565 6946



EL SECRETARIO ADMINISTRATIVO DEL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL VALLE  
DEL CAUCA

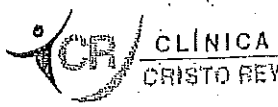
HACE CONSTAR:

Que revisados los Libros Radicadores de los procesos disciplinarios, NO SE ENCONTRÓ ANTECEDENTES SANCIONATORIOS en contra del doctor DENIS EDMOND COBO OLIVEROS, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.645.161 de Cali (V) y Tarjeta Profesional No. 01-16610/86 del Ministerio de Salud, curse o haya cursado queja por violación a la Ley 23 de 1981, (Normas sobre de Ética Médica).

Dado en Santiago Cali, a los veintitres (23) días del mes de Noviembre de dos mil quince (2015).



Calle 5, 38 D - 153, Oficina 202, Centro Comercial Imbanaco - PBX - 5589939  
Email: temvalledelcauca@gmail.com - trib\_etica medica\_valle@hotmail.com  
<http://www.temvalle.org>  
Santiago de Cali - Valle del Cauca

|                                                                                 |                                                            |                 |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|
|  | FORMATO                                                    | CÓDIGO:         | CR-SST-FT-014   |
|                                                                                 |                                                            | VERSIÓN:        | 006             |
|                                                                                 | ACTA DE COMPROMISO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | FECHA VIGENCIA: | OCTUBRE DE 2020 |

| DATOS DEL COLABORADOR |                       |                  |          |
|-----------------------|-----------------------|------------------|----------|
| Nombres y Apellidos:  | Denis Edmond Cobo     | Cedula:          | 16645161 |
| Cargo:                | Muchacho especialista | Proceso:         | CIMPIC   |
| Fecha de Entrega:     | 11.03.2021            | Hora de Entrega: | 11:00 AM |

Certifico que he recibido los Elementos de Protección Personal EPI, descritos a continuación:

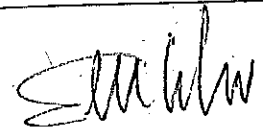
| CANTIDAD | DETALLE                             |
|----------|-------------------------------------|
| 01       | careta tipo odontólogo              |
| 09       | bañal manga larga                   |
| 01       | capa tapa boca desechable x 50 uni. |
| 26       | Tapabocas N-95                      |

Me comprometo a:

- UTILIZAR LOS EPI ÚNICAMENTE al interior de FABISALUD IPS SAS siempre en el desarrollo de mis áreas, revisándolos antes de iniciar labores y verificando que se encuentren en perfecto estado para su uso.
- CUIDAR Y MANTENER en perfecto estado de limpieza y orden los elementos de protección personal asignado, atendiendo las indicaciones del fabricante y lineamientos del proceso de seguridad y salud en el trabajo.
- REPORTAR en forma INMEDIATA y por ESCRITO la pérdida, daño y hurto de cualquiera de los elementos de protección personal al jefe inmediato, con el fin de que se efectúe la reposición.
- DEVOLVER al área de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO de FABISALUD IPS SAS los EPI que se encuentren en mal estado por deterioro normal o por malformaciones causada por factores externos, para su reposición.

CERTIFICO que recibí a satisfacción la capacitación, entrenamiento e inducción para el uso de los Elementos de Protección Personal, comprometiéndome a cumplir las normas del uso y de seguridad establecidas por la empresa. Me comprometo a realizar la devolución de la dotación que aquí se entrega en caso de terminación de contrato o entrega de la nueva dotación, en caso de daño de dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla.

Como constancia de lo anterior firmo a los 11 días del mes de Mayo de 2021.

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| Firma del Colaborador                                                               | Firma del Responsable de Seguridad y Salud en el Trabajo                             |

Prohibida su reproducción total o parcial, en caso de requerir copias adicionales debe solicitarlas a la Oficina de Gestión Integral de la Calidad.

# EPS



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

### CERTIFICA

Que **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **16645161** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 16645161                        |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS         |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 01/07/2005                         |
| FECHA RETIRO EPS SURA           | ACTIVO(A)                          |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 1144                               |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 51                                 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 06/01/2021

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

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.**

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de Atención Barranquilla 319 7901, Bogotá 489 7941, Cali 380 8941, Medellín 448 6115

Línea Nacional 018000 519 519

[www.epssura.com](http://www.epssura.com)

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 7,481,000</b> |
|--------------|---------------------|

[illegible]

| ADMINISTRADORA   |        |                     |                        |       |         | TOTAL IMPORTE A RIESGO PROFESIONALES |                           |           |       |       |                |  |
|------------------|--------|---------------------|------------------------|-------|---------|--------------------------------------|---------------------------|-----------|-------|-------|----------------|--|
| CÓDIGO           | NOMBRE | NÚMERO AUTORIZACIÓN | IMPAGO A OTROS RIESGOS | VALOR | PUNILIA | VALOR                                | LIQUIDACION<br>COTIZACIÓN | APORTES   | MUOBA | TOTAL | VALORES PAGADO |  |
| 1-11             |        |                     |                        | \$0   |         |                                      |                           | \$553,300 |       | \$0   | \$553,300      |  |
| 1-11 - ARL SURIA |        |                     |                        | \$0   |         |                                      |                           | \$553,300 |       | \$0   | \$553,300      |  |
| TOTALES:         |        |                     |                        | \$0   |         |                                      |                           | \$553,300 |       | \$0   | \$553,300      |  |

[illegible]

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 7,481.000</b> |
|--------------|---------------------|





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-5

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE

|                                                                      |                                            |                                                                    |                               |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C.                                 | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACIÓN                          | POLIZA No.<br>62-03-101034677 | ANEXO No.<br>4                                  |
| TOMADOR<br>SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                                            |                                                                    | NIT                           | 860.020.082-1                                   |
| DIRECCIÓN<br>CR 15 A NRO. 120 - 74                                   |                                            |                                                                    | CIUDAD                        | BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT                    |
| ASEGURADO<br>DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                              |                                            |                                                                    | TELEFONO                      | 6196077                                         |
| DIRECCIÓN<br>CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                          |                                            |                                                                    | CC                            | 16.645.161                                      |
| CIUDAD                                                               |                                            |                                                                    | CALI, VALLE                   | TELEFONO                                        |
| BENEFICIARIO<br>TERCEROS AFECTADOS                                   |                                            |                                                                    | NIT                           | 0-0                                             |
| FECHA DE EXPEDICIÓN<br>(d-m-a)<br>09 / 08 / 2021                     |                                            | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2021 |                               | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2022 |
| INTERMEDIARIO<br>AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.                       |                                            | CLAVE<br>72960                                                     | % PARTICIPACIÓN<br>100.00     | COMPANIA<br>COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACIÓN |

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

|                                                                                |                     |                          |                |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|----------------|---------------------|
| DESCRIPCIÓN                                                                    | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA           | % INVAR        | SUBLIMITE           |
| PERJUICIO PATRIMONIAL                                                          | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,363,410,400.00      |                | \$ 1,363,410,400.00 |
| DEDUCIBLES: ° 363,410,400.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES |                     |                          |                |                     |
| OBJETO DE LA POLIZA:                                                           |                     |                          |                |                     |
| TOTAL SUMA ASEGURADA:                                                          |                     | \$ *****1,363,410,400.00 | PRIMA:         | \$ *****303,869.00  |
| PLAN DE PAGO: CONTADO                                                          |                     |                          | IVA:           | \$ *****57,735.00   |
|                                                                                |                     |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****361,604.00  |

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 SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

LA DEL ESTADO DE SEGUROS DEL ESTADO  
DEL ESTADO DE SEGUROS DEL ESTADO  
LA DEL ESTADO DE SEGUROS DEL ESTADO  
DEL ESTADO DE SEGUROS DEL ESTADO  
LA DEL ESTADO DE SEGUROS DEL ESTADO  
62-03-101034677

FIRMA AUTORIZADA



(415) 7709998021167 (8020) 11021102063809 (3900) 000000361604 (96) 20220912

REFERENCIA  
PAGO:  
1102110206380-9



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CONVENIO SCARE

|              |                                                           |                     |                              |            |                 |           |   |
|--------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|------------|-----------------|-----------|---|
| SUCURSAL:    | AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93                            | TIPO DE MOVIMIENTO: | ANEXO DE RENOVACION          | POLIZA No. | 62-03-101034677 | ANEXO No. | 4 |
| TOMADOR      | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                     |                              | NIT        | 860.020.082-1   |           |   |
| DIRECCION    | CR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD              | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO   | 6196077         |           |   |
| ASEGURADO    | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                |                     |                              | CC         | 16.645.161      |           |   |
| DIRECCION    | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CIUDAD              | CALI, VALLE                  | TELEFONO   |                 |           |   |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS                                        |                     |                              | NIT        | 0-0             |           |   |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR/ASEGURADO: SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION/DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

No. DE IDENTIFICACION: 860.020.082/16645161

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: DE LAS 24 HORAS DEL 12/09/2021 A LAS 24 HORAS DEL 12/09/2022

SINIESTRALIDAD: NO

BASE DE COBERTURA:

CLAIMS MADE -- hechos ocurridos durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (desde el inicio de afiliacion del correspondiente afiliado activo solidario a S.C.A.R.E), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (si es contratado) Siempre que el asegurado haya tenido poliza bajo esta misma modalidad durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado. En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

CONDICIONADO GENERAL:

Forma 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-001A-DOOI, En adicion a lo indicado en las condiciones generales de la poliza, la cobertura otorgada se rige por lo contenido en estas condiciones particulares.

LIMITE ASEGURADO, DEDUCIBLE Y PRIMA:

VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA: \$ 1.363.410.400

PRIMA ANTES DE IVA: \$ 303.869

GRUPO 1

PRIMERA CONDENA:

RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: \$ 1.000.000.000

DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 400 SMMV: \$ 363.410.400

SEGUNDA CONDENA EN ADELANTE:

RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: \$ 483.091.843

DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 200 SMMV: \$ 175.560.600

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: HASTA 100%

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizar hasta el limite 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 a terceros siempre que los hechos hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (si es contratado), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza. (Siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

A consecuencia de actos erroneos, negligencia o impericia, accion u omision, 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 y por los cuales sea civilmente responsable.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa 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, reducir en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                       | TIPO DE MOVIMIENTO                                        | POLIZA No.      | ANEXO No.                    |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | ANEXO DE RENOVACION                                       | 62-03-101034677 | 4                            |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE | NIT             | 860.020.082-1                |
| DIRECCION                      | CR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD          | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT |
| ASEGURADO                      | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                | CC              | 16.645.161                   |
| DIRECCION                      | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CIUDAD          | CALI, VALLE                  |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        | NIT             | 0-0                          |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

PARAGRAFO: SEGURESTADO, indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, 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.

#### 2. EXTENSIONES DE COBERTURA:

Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:

##### 2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este.

No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo de exclusiones de esta poliza.

##### 2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

#### LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURASUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adiccion al mismo.

AMPARO BASICO AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: Hasta 100%

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: Hasta 100%

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: Hasta 100%

#### EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no ser responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

#### EXCLUSIONES DEL CONDICIONADO GENERAL:

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 o un tiempo 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.

Responsabilidad de otros profesionales de la salud, por la prestacion de sus servicios profesionales en el consultorio o en los predios del asegurado.

4.Perjuicios causados por la prestacion de servicios de salud por personas que no esten legalmente habilitadas para ejercer la profesion o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente.

5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcoholicas, intoxicantes 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 -invi-ma o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

8.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos de tipo estetico o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas, 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.

11.Responsabilidad civil profesional por emision de dictámenes 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.



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-5

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                       | TIPO DE MOVIMIENTO                                        | POLIZA No.      | ANEXO No.                    |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | ANEXO DE RENOVACION                                       | 62-03-101034677 | 4                            |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE | NIT             | 860.020.082-1                |
| DIRECCION                      | CR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD          | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT |
|                                |                                                           | TELEFONO        | 6196077                      |
| ASEGURADO                      | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                | CC              | 16.645.161                   |
| DIRECCION                      | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CIUDAD          | CALI, VALLE                  |
|                                |                                                           | TELEFONO        |                              |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        | NIT             | 0-0                          |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

13. Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, o sanciones de caracter administrativo.  
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 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. Salvo lo señalado en el articulo 7 de la ley 23 de 1981 y las que lo modifiquen, que dice:

cuando no se trate de casos de urgencia, el medico podra excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestacion de sus servicios, en razon de los siguientes motivos:

A. Que el caso no corresponda a su especialidad?

B. Que el paciente reciba la atencion de otro profesional que excluya la suya?

C. Que el enfermo rehuse cumplir las indicaciones prescritas,

Caso en el cual segurestado respaldar al asegurado unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la cartula 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 drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.

20. Violacion del secreto profesional.

21. Perdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electronico de fechas, 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 debera saber que es portador de una enfermedad.

26. Actos medicos indirectos, y los denominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia, etc.

27. Actos medicos que se efecten 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. Organismos patogenicos.

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 danos causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado.

31. Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (shc) y programa de hospitalizacion domiciliaria (phd).

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

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

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

35. Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier otra entidad.

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 dano, 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:

I- La accion de energia atomica.



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT: 860.009.578-6

## **POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

### **CONVENIO SCARE**

| CURSAL                         |                                                           | TIPO DE MOVIMIENTO  |                              | POLIZA No.      | ANEXO No. |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|-----------------|-----------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 |                                                           | ANEXO DE RENOVACION |                              | 62-03-101034677 | 4         |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE | NIT                 | 860.020.082-1                |                 |           |
| DIRECCION                      | CR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD              | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO        | 6196077   |
| ASEGURADO                      | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                | CC                  | 16.645.161                   |                 |           |
| DIRECCION                      | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CIUDAD              | CALI, VALLE                  | TELEFONO        |           |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        | NIT                 | 0-0                          |                 |           |

### **TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.

III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

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 correspondiente. 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.

. Responsabilidad civil profesional del area o actividades netamente administrativas.

. 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 danos 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, subitico 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. Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). Asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.

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.

50. Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disenso informado.

51. Se excluye cualquier reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo.

52. Perjuicios derivados de actos medicos cometidos fuera de la republica de Colombia.

### **EXCLUSIONES ADICIONALES CONDICIONES PARTICULARES:**

1. 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.

2. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado, por actividades ajenas a su actividad profesional medica.

3. Gastos judiciales y/o gastos de defensa por cualquier causa.

4. Perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo. (esta exclusion ser aplicable para aquellos aparatos y/o equipos que son de responsabilidad y para el desarrollo de la actividad del asegurado).

Procedimientos sin la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:

El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad deber estar firmada por los padres o acudientes.

b) El (os) Medico(s) tratante(s) y

c) La Enfermera asistente o un testigo

6. El asegurado no lleve control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad en una bitacora diaria.

7. El asegurado, no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada.

8. 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.

9. La prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.

10. 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.

11. Eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.

12. 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.

### **DEFINICIONES:**

VALOR ASEGURADO: La definicion del numeral 8 VALOR ASEGURADO en la Seccion III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 12/08/2019 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001, se modifica y queda asi para la presente poliza:

VALOR ASEGURADO O LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA Es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado y corresponde a la maxima responsabilidad de SEGUROESTADO en caso de existir lugar a una indemnizacion por uno o ms eventos amparados a la luz del contrato de seguros.

### **LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO:**

a) Para la primera condena en cabeza del asegurado el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado.

**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT: 860.009.578-5

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL****CONVENIO SCARE**

| SUCURSAL                                                          | TIPO DE MOVIMIENTO                  | POLIZA No.       | ANEXO No. |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------|-----------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93                                    | ANEXO DE RENOVACION                 | 62-03-101034677  | 4         |
| TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE | NIT 860.020.082-1                   |                  |           |
| DIRECCION CR 15 A NRO. 120 - 74                                   | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6196077 |           |
| ASEGURADO DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                              | CC 16.645.161                       |                  |           |
| DIRECCION CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                          | CIUDAD CALI, VALLE                  | TELEFONO         |           |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS                                   | NIT 0-0                             |                  |           |

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

b) En el evento en que con la primera indemnización no se agote el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA, para las condenas sucesivas en cabeza del asegurado se establece como LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO el establecido en el cuadro de tarifas ANEXO 2 de este convenio, sin que en ningún caso se exceda del LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA.

SINIESTRO: La definición del numeral 5 SINIESTRO en la Sección III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 12/08/2019 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001, se modifica y queda así para la presente póliza:

SINIESTRO: Para los efectos de este seguro, se entiende por siniestro el acto erróneo por el cual se imputa responsabilidad civil profesional al asegurado, acaecido en forma accidental, súbita e imprevista que haya causado un daño material, lesión personal y/o muerte, generador de perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, ocurridos durante la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad (desde inicio de afiliación del correspondiente afiliado activo solidario a S.C.A.R.E, siempre que el profesional asegurado haya tenido póliza bajo esta misma modalidad durante dicho periodo de retroactividad) sin que exista periodo de interrupción en la vigencia de la póliza y cuyas consecuencias jurídicas sean reclamadas al asegurado y al asegurador, por vía judicial o extrajudicial durante la vigencia de la póliza.

As mismo, la serie de actos erróneos que son o están temporal, lógica o causalmente relacionados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se consideran parte de un mismo siniestro y constituirán un solo y único daño y/o costo sin importar el número de reclamantes y/o reclamaciones formuladas.

AMBITO TERRITORIAL: Colombia

LEGISLACION APLICABLE: Colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:

-FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: De contado a la entrega la póliza.

-S.C.A.R.E sin costo alguno y bajo su propia responsabilidad, asumir la asistencia y defensa jurídica por reclamaciones judiciales y extrajudiciales a través de su equipo jurídico del profesional de la salud asegurado bajo esta póliza, así como lo consiente el profesional de la salud, siempre que el hecho por el cual se reclama haya ocurrido durante la vigencia de la póliza o en el periodo de retroactividad (si es contratado), lo anterior en un todo bajo el reglamento FEPASDE.

-Terminos y Condiciones sujeto a confirmación escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los últimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo secuestro de Historias Clínicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.

**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL****CONVENIO SCARE**

|                                                                          |                                                                                                                       |                                           |                                                                                                                      |                              |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C.                                     | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93                                                                            | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACIÓN | POLIZA No.<br>62-03-101034677                                                                                        | ANEXO No.<br>3               |
| TOMADOR <b>SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE</b> |                                                                                                                       |                                           | NIT                                                                                                                  | 860.020.082-1                |
| DIRECCIÓN <b>KR 15 A NRO. 120 - 74</b>                                   |                                                                                                                       |                                           | CIUDAD                                                                                                               | BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT |
| ASEGURADO <b>DENIS EDMOND COBO OLIVEROS</b>                              |                                                                                                                       |                                           | TELEFONO                                                                                                             | 6196077                      |
| DIRECCIÓN <b>CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34</b>                          |                                                                                                                       |                                           | CC                                                                                                                   | 16.645.161                   |
| CIUDAD <b>CALI, VALLE</b>                                                |                                                                                                                       |                                           | TELEFONO                                                                                                             |                              |
| BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>                                   |                                                                                                                       |                                           | NIT                                                                                                                  | 0-0                          |
| FECHA DE EXPEDICIÓN<br>(d-m-a)<br>19 / 08 / 2020                         | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2020<br>HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2021 |                                           | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2020<br>HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2021 |                              |
| INTERMEDIARIO<br>AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.                           | CLAVE<br>72960                                                                                                        | % PARTICIPACIÓN<br>100.00                 | COMPANIA<br>COASEGURO CEDIDO                                                                                         | % PARTICIPACIÓN              |

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

| DESCRIPCION           | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLIMITE           |
|-----------------------|---------------------|---------------------|---------|---------------------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,351,121,200.00 |         | \$ 1,351,121,200.00 |

DEDUCIBLES: \* 351,121,200.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ \*\*\*\*\*1,351,121,200.00

PRIMA: \$ \*\*\*\*\*293,593.00

PLAN DE PAGO: CONTADO

IVA: \$ \*\*\*\*\*55,782.00

TOTAL A PAGAR: \$ \*\*\*\*\*349,375.00

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 SEGUROSTADO, DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM


**REFERENCIA  
PAGO:**  
1102110173793-3

(415) 7709998021167 (8020) 11021101737933 (3900) 000000349375 (96) 20210912

LA DEL ESTADO DE SEGUROS DEL ESTADO  
DEL ESTADO DE SEGUROS DEL ESTADO  
LA DEL ESTADO DE SEGUROS DEL ESTADO  
DEL ESTADO DE SEGUROS DEL ESTADO  
LA DEL ESTADO DE SEGUROS DEL ESTADO  
62-03-101034677

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TCMACCR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 93 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2158977





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                       |                                                           | TIPO DE MOVIMIENTO                  | POLIZA No.      | ANEXO No.     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 |                                                           | ANEXO DE RENOVACION                 | 62-03-101034677 | 3             |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                                     | NIT             | 860.020.082-1 |
| DIRECCION                      | KR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO        | 6196077       |
| ASEGURADO                      | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                |                                     | CC              | 16.645.161    |
| DIRECCION                      | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CIUDAD CALI, VALLE                  | TELEFONO        |               |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        |                                     | NIT             | 0-0           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA ASEGURADORA \$ 1.000.000.000  
DEDUCIBLE PACTADO 400 SMLV

CONDICIONES GENERALES POLIZA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: DE ACUERDO A CONVENIO

#### AMPAROS:

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR HECHOS RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DE CONFORMIDAD CON NORMAS DE BENEFICIOS Y REGLAMENTOS IDENTIFICADOS EN EL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA, FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCER Llamado VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO (AFILIACION ININTERRUMPIDA COMO SOCIO ACTIVO SOLIDARIO DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DEL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA)
2. SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO, CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

#### EXCLUSIONES:

1. NO SE CUBREN AQUELLOS CASOS DE AFILIADOS A FEPASDE QUE NO ESTE AL DIA EN SUS PAGOS AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS: A) FECHA EN QUE HAYA OCURRIDO EL HECHO CAUSAL DE LA ACCION INICIADA EN SU CONTRA O CUANDO EL HECHO CAUSAL O LOS HECHOS CAUSALES HUBIESEN OCURRIDO EN DISTINTAS FECHAS, EL SOCIO DEBE ESTAR A PAZ Y SALVO CON FEPASDE EN TODO MOMENTO. B) FECHA DE LA NOTIFICACION DE LA PROVIDENCIA QUE LO VINCULA AL PROCESO. C) A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS. D) DURANTE EL TIEMPO QUE DURE EL PROCESO HASTA SU CULMINACION.
2. NO SE CUBREN TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO PRACTICADOS POR MEDICOS ESTETICISTAS. AQUELLOS PROCEDIMIENTOS, QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS, PRACTICADOS POR CIRUJANOS PLASTICOS ESTAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN SU COMPETENCIA E IDONEIDAD CON LOS TITULOS OBTENIDOS A TRAVES DE SU FORMACION EN EDUCACION FORMAL, O MEDIANTE ENTRENAMIENTO ESPECIFICO RELACIONADO QUE DEBE SER CERTIFICADO POR UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR DEBIDAMENTE RECONOCIDA POR EL ESTADO COLOMBIANO. NO SE CUBRE EL RESULTADO.

NOTA ACLARATORIA: Como convenio objeto de cobertura se entienden las normas de beneficio establecidas por S.C.A.R.E. - FEPASDE, para socios activos, solidarios de S.C.A.R.E y cuya afiliacion sea ininterrumpida.

#### GARANTIAS:

1. MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
2. EJERCER UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.





MIT.860.009.578-6

## CONVENIO SCARE

|                                      |                                                                             |                                           |                                                                            |                     |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTA, D.C. | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93                                  | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No.<br>62-03-101034677                                              | ANEXO No.<br>3      |
| TOMADOR                              | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE                   |                                           | NIT                                                                        | 860.020.082-1       |
| DIRECCION                            | KR 15 A NRO. 120 - 74                                                       | CIUDAD                                    | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT                                               | TELEFONO<br>6196077 |
| ASEGURADO                            | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                                  |                                           | CC                                                                         | 16.645.161          |
| DIRECCION                            | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                                              | CIUDAD                                    | CALI, VALLE                                                                | TELEFONO            |
| BENEFICIARIO                         | TERCEROS AFECTADOS                                                          |                                           | NIT                                                                        | 0-0                 |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)       | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)<br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) |                                           | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)<br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) |                     |
| 19 / 08 / 2020                       | 12 / 09 / 2020<br>12 / 09 / 2021                                            |                                           | 12 / 09 / 2020<br>12 / 09 / 2021                                           |                     |
| INTERMEDIARIO                        | CLAVE                                                                       | % PARTICIPACION                           | COASEGURO CEDIDO                                                           |                     |
| AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.        | 72960                                                                       | 100.00                                    | COMPANIA<br>% PARTICIPACION                                                |                     |

## INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

| DESCRIPCION           | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL |                     | \$ 1,351,121,200.00 |         |           |
|                       | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,351,121,200.00 |         |           |

DEDUCIBLES: ° 351.121.200.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,351,121,200.00 | PRIMA:         | \$ *****293,593.00 |
| PLAN DE PAGO:         |                          | IVA:           | \$ *****55,782.00  |
| CONTADO               |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****349,375.00 |

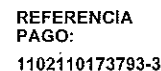
**TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE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

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



(415) 7709998021167 (8020) 11021101737933 (3900) 000000349375 (96) 20210912

62-03-101084677

**FBI AUSTIN**

CLIENTE

Ciclopa Regional, Inc. 11 No. 52 - 20 Avenida 200, Tel: 999 21 3697

TCM/DCP.

DL G729608

**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL****CONVENIO SCARE**

| SUCURSAL                       | TIPO DE MOVIMIENTO                                        |                                     | POLIZA No.      | ANEXO No.     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | ANEXO DE RENOVACION                                       |                                     | 62-03-101034677 | 3             |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                                     | NIT             | 860.020.082-1 |
| DIRECCION                      | KR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO        | 6196077       |
| ASEGURADO                      | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                |                                     | CC              | 16.645.161    |
| DIRECCION                      | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CIUDAD CALI, VALLE                  | TELEFONO        |               |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        |                                     | NIT             | 0-0           |

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA ASEGURADORA \$ 1.000.000.000  
DEDUCIBLE PACTADO 400 SNNLV

CONDICIONES GENERALES POLIZA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: DE ACUERDO A CONVENIO

**AMPAROS:**

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR HECHOS RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS DE BENEFICIOS Y REGLAMENTOS IDENTIFICADOS EN EL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA, FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO (AFILIACION ININTERRUMPIDA COMO SOCIO ACTIVO SOLIDARIO DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DEL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA)

2. SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO, CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

**EXCLUSIONES:**

1. NO SE CUBREN AQUELLOS CASOS DE AFILIADOS A FEPASDE QUE NO ESTE AL DIA EN SUS PAGOS AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS: A) FECHA EN QUE HAYA OCURRIDO EL HECHO CAUSAL DE LA ACCION INICIADA EN SU CONTRA O CUANDO EL HECHO CAUSAL O LOS HECHOS CAUSALES HUBIESEN OCURRIDO EN DISTINTAS FECHAS, EL SOCIO DEBE ESTAR A PAZ Y SALVO CON FEPASDE EN TODO MOMENTO. B) FECHA DE LA NOTIFICACION DE LA PROVIDENCIA QUE LO VINCULA AL PROCESO. C) A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS. D) DURANTE EL TIEMPO QUE DURE EL PROCESO HASTA SU CULMINACION.

2. NO SE CUBREN TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO PRACTICADOS POR MEDICOS ESTETICISTAS. AQUELLOS PROCEDIMIENTOS, QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS, PRACTICADOS POR CIRUJANOS PLASTICOS ESTAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN SU COMPETENCIA E IDONEIDAD CON LOS TITULOS OBTENIDOS A TRAVES DE SU FORMACION EN EDUCACION FORMAL, O MEDIANTE ENTRENAMIENTO ESPECIFICO RELACIONADO QUE DEBE SER CERTIFICADO POR UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR DEBIDAMENTE RECONOCIDA POR EL ESTADO COLOMBIANO. NO SE CUBRE EL RESULTADO.

NOTA ACLARATORIA: Como convenio objeto de cobertura se entienden las normas de beneficio establecidas por S.C.A.R.E. - FEPASDE, para socios activos, solidarios de S.C.A.R.E y cuya afiliacion sea ininterrumpida.

**GARANTIAS:**

1. MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.

2. EJERCER UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE

|                                                                |                                                                                                                                                                          |                                           |                                                                                                                      |                |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| CIUDAD DE EXPEDICION<br>BOGOTA, D.C.                           | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93                                                                                                                               | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No.<br>62-03-101034677                                                                                        | ANEXO No.<br>2 |
| TOMADOR<br>DIRECCION<br>ASEGURADO<br>DIRECCION<br>BENEFICIARIO | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE<br>KR 15 A NRO. 120 - 74<br>DENIS EDMOND COBO OLIVEROS<br>CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34<br>TERCEROS AFECTADOS |                                           | NIT 860.020.082-1<br>TELEFONO 6196077<br>CC 16.645.161<br>TELEFONO<br>NIT 0-0                                        |                |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>14 / 08 / 2019               | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2019<br>HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2020                                                    |                                           | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2019<br>HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2020 |                |
| INTERMEDIARIO<br>AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.                 | CLAVE<br>72960                                                                                                                                                           | % PARTICIPACION<br>100.00                 | COMPAÑIA<br>COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACION                                                                      |                |

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ORTOPEDIA

| DESCRIPCION           | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA                                    | % INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|---------------------|---------------------------------------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,331,246,608.00                               |         |           |
| DEDUCIBLES:           | \$ 331,246,608.00   | \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES |         |           |

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,331,246,608.00 | PRIMA:         | \$ *****276,975.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO |                          | IVA:           | \$ *****52,625.00  |
|                       |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****329,600.00 |

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

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

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



(415) 7709998021167 (8020) 11021101427077 (3900) 000000329600 (96) 20200911

REFERENCIA  
PAGO:  
1102110142707-7

62-03-101034677

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TCMAECR

Oficina Principal: Cra. 1° No. 93 - 13 Bogotá D.C. Teléfono 2156977

DLG729608



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE

| CURSUAL                        |                                                           | TIPO DE MOVIMIENTO  |                              | FOLIZA No       | ANEXO No.     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|-----------------|---------------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 |                                                           | ANEXO DE RENOVACION |                              | 62-03-101034677 | 2             |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                     |                              | NIT             | 860.020.082-1 |
| DIRECCION                      | KR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD              | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO        | 6196077       |
| ASEGURADO                      | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                |                     |                              | CC              | 16.645.161    |
| DIRECCION                      | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CIUDAD              | CALI, VALLE                  | TELEFONO        |               |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        |                     |                              | NIT             | 0-0           |

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA ASEGURADORA \$ 1.000.000.000  
DEDUCIBLE PACTADO 400 SMLV  
ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
CONDICIONES GENERALES POLIZA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: DE ACUERDO A CONVENIO

### AMPAROS:

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR HECHOS RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DE CONFORMIDAD CON NORMAS DE BENEFICIOS Y REGLAMENTOS IDENTIFICADOS EN EL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA, FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCER LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO (AFILIACION ININTERRUMPIDA COMO SOCIO ACTIVO SOLIDARIO DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DEL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA)
- SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO, CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

### EXCLUSIONES:

- NO SE CUBREN AQUELLOS CASOS DE AFILIADOS A FEPASDE QUE NO ESTE AL DIA EN SUS PAGOS AL MOMENTO DE LA OCURENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS: A) FECHA EN QUE HAYA OCURRIDO EL HECHO CAUSAL DE LA ACCION INICIADA EN SU CONTRA O CUANDO EL HECHO CAUSAL O LOS HECHOS CAUSALES HUBIESEN OCURRIDO EN DISTINTAS FECHAS, EL SOCIO DEBE ESTAR A PAZ Y SALVO CON FEPASDE EN TODO MOMENTO. B) FECHA DE LA NOTIFICACION DE LA PROVIDENCIA QUE LO VINCULA AL PROCESO. C) A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS. D) DURANTE EL TIEMPO QUE DURE EL PROCESO HASTA SU CULMINACION.
- NO SE CUBREN TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO PRACTICADOS POR MEDICOS ESTETICISTAS. AQUELLOS PROCEDIMIENTOS, QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS, PRACTICADOS POR CIRUJANOS PLASTICOS ESTAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN SU COMPETENCIA E IDONEIDAD CON LOS TITULOS OBTENIDOS A TRAVES DE SU FORMACION EN EDUCACION FORMAL, O MEDIANTE ENTRENAMIENTO ESPECIFICO RELACIONADO QUE DEBE SER CERTIFICADO POR UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR DEBIDAMENTE RECONOCIDA POR EL ESTADO COLOMBIANO. NO SE CUBRE EL RESULTADO.

NOTA ACLARATORIA: Como convenio objeto de cobertura se entienden las normas de beneficio establecidas por S.C.A.R.E. - FEPASDE, para socios activos, solidarios de S.C.A.R.E y cuya afiliacion sea ininterrumpida.

### GARANTIAS:

- MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
- EJERCER UN ERICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE

|                                                                      |                                                                                                                       |                                           |                                                                                                                      |                              |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICION<br>BOGOTA, D.C.                                 | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93                                                                            | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No.<br>62-03-101034677                                                                                        | ANEXO No.<br>1               |
| TOMADOR<br>SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                                                                                                                       |                                           | NIT                                                                                                                  | 860.020.082-1                |
| DIRECCION<br>KR 15 A NRO. 120 - 74                                   |                                                                                                                       |                                           | CIUDAD                                                                                                               | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT |
| ASEGURADO<br>DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                              |                                                                                                                       |                                           | TELEFONO                                                                                                             | 6196077                      |
| DIRECCION<br>CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                          |                                                                                                                       |                                           | CC                                                                                                                   | 16.645.161                   |
| CIUDAD                                                               |                                                                                                                       |                                           | TELEFONO                                                                                                             |                              |
| BENEFICIARIO<br>TERCEROS AFECTADOS                                   |                                                                                                                       |                                           | NIT                                                                                                                  | 0-0                          |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>11 / 07 / 2018                     | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2018<br>HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2019 |                                           | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2018<br>HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2019 |                              |
| INTERMEDIARIO<br>AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.                       | CLAVE<br>72960                                                                                                        | % PARTICIPACION<br>100.00                 | COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACION                                                                                  |                              |

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ORTOPEDIA

| DESCRIPCION                                                                    | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLIMITE |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL                                                          |                     | \$ 1,312,496,800.00 |         |           |
|                                                                                | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,312,496,800.00 |         |           |
| DEDUCIBLES: * 312,496,800.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES |                     |                     |         |           |

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,312,496,800.00 | PRIMA:         | \$ *****268,908.00 |
| PLAN DE PAGO:         | CONTADO                  | IVA:           | \$ *****51,092.00  |
|                       |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****320,000.00 |

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 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA NINGUNA, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11021101069619 (3900) 000000320000 (96) 20190912

REFERENCIA  
PAGO:  
1102110106961-9

Firma Autorizada  
62-03-101034677

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 11 No. 93 - 20 Bogotá D.C., Teléfono 2496977

TCHACCR

DLG72960B



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                       | TIPO DE MOVIMIENTO                                        | POLIZA No.      | ANEXO No.                    |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | ANEXO DE RENOVACION                                       | 62-03-101034677 | 1                            |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE | NIT             | 860.020.082-1                |
| DIRECCION                      | KR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD          | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT |
| ASEGURADO                      | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                | TELEFONO        | 6196077                      |
| DIRECCION                      | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CC              | 16.645.161                   |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        | TELEFONO        |                              |
|                                |                                                           | NIT             | 0-0                          |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA ASEGURADORA \$ 1.000.000.000  
DEDUCIBLE PACTADO 400 SMLV

CONDICIONES GENERALES POLIZA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: DE ACUERDO A CONVENIO

#### AMPAROS:

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR HECHOS RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS DE BENEFICIOS Y REGLAMENTOS IDENTIFICADOS EN EL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA, FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO (AFILIACION ININTERRUMPIDA COMO SOCIO ACTIVO SOLIDARIO DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DEL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA)
- SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO, CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

#### EXCLUSIONES:

- NO SE CUBREN AQUELLOS CASOS DE AFILIADOS A FEPASDE QUE NO ESTE AL DIA EN SUS PAGOS AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS: A) FECHA EN QUE HAYA OCURRIDO EL HECHO CAUSAL DE LA ACCION INICIADA EN SU CONTRA O CUANDO EL HECHO CAUSAL O LOS HECHOS CAUSALES HUBIESEN OCURRIDO EN DISTINTAS FECHAS, EL SOCIO DEBE ESTAR A PAZ Y SALVO CON FEPASDE EN TODO MOMENTO. B) FECHA DE LA NOTIFICACION DE LA PROVIDENCIA QUE LO VINCULA AL PROCESO. C) A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS. D) DURANTE EL TIEMPO QUE DURE EL PROCESO HASTA SU CULMINACION.
- NO SE CUBREN TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO PRACTICADOS POR MEDICOS ESTETICISTAS. AQUELLOS PROCEDIMIENTOS, QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS, PRACTICADOS POR CIRUJANOS PLASTICOS ESTAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN SU COMPETENCIA E IDONEIDAD CON LOS TITULOS OBTENIDOS A TRAVES DE SU FORMACION EN EDUCACION FORMAL, O MEDIANTE ENTRENAMIENTO ESPECIFICO RELACIONADO QUE DEBE SER CERTIFICADO POR UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR DEBIDAMENTE RECONOCIDA POR EL ESTADO COLOMBIANO. NO SE CUBRE EL RESULTADO.

NOTA ACLARATORIA: Como convenio objeto de cobertura se entienden las normas de beneficio establecidas por S.C.A.R.E. - FEPASDE, para socios activos, solidarios de S.C.A.R.E y cuya afiliacion sea ininterrumpida.

#### GARANTIAS:

- MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
- EJERCER UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD



CERT - 27813

BOGOTÁ D.C., 26 julio 2018

LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN (S.C.A.R.E.)

CERTIFICA:

Que, DENIS EDMOND COBO OLIVEROS con Cédula de Ciudadanía No. 16645161 de profesión (MEDICINA - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA) y documento de afiliación No. 13012956, en calidad de Afiliado Activo Solidario de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) realiza contribuciones o aportes no reembolsables con la finalidad de acceder a una serie de beneficios sociales comprendidos dentro del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE) desde el día 22 mayo 1995. A través del FEPASDE, los afiliados a la S.C.A.R.E. obtienen apoyo solidario en caso de que sean objeto de reclamaciones extra o prejudiciales o sean vinculados a procesos civiles, penales, contencioso administrativos, éticos o disciplinarios dentro del territorio Colombiano, ocasionados por el ejercicio mismo de su profesión u ocupación en relación directa con el acto del profesional y personal de la Salud, todo dentro de los límites y condiciones establecidos en el respectivo reglamento vigente.

**Adicional a los beneficios sociales con fines académicos, científicos y gremiales, el afiliado activo solidario puede solicitar:**

- Las consultas jurídicas que requiera con ocasión del ejercicio de su profesión u ocupación y relacionadas directamente con la prestación del servicio de salud.
- La asistencia jurídica en dos (2) procesos éticos o disciplinarios. (Aplicable para afiliados después del primero de diciembre de 2.010)
- La asistencia jurídica para la defensa en dos (2) procesos ante la jurisdicción civil, administrativa o penal que se adelanten por eventos relacionados con el ejercicio de su profesión y relacionados directamente con la prestación de servicio de salud, incluida la asistencia en el trámite de los recursos extraordinarios de Revisión y de Casación cuando acorde con las políticas establecidas por S.C.A.R.E. se considere viable.
- El reconocimiento de un auxilio de hasta cuatrocientos (400) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano, liquidados al momento de otorgar el auxilio, por concepto de apoyo económico en caso de ser condenado en proceso judicial derivado de su ejercicio profesional, en la primera solicitud de reconocimiento.
- El reconocimiento de un auxilio de hasta doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano, liquidados al momento de otorgar el auxilio, por concepto de apoyo económico en caso de ser condenado al pago de alguna suma de dinero en proceso judicial derivado de su ejercicio profesional, en la segunda y última solicitud de reconocimiento.
- El reconocimiento de un único auxilio de hasta dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano, por concepto de reembolso para sus gastos personales relacionados con el proceso, beneficio frente al cual se deberán presentar los soportes correspondientes en un lapso no mayor de tres (3) meses y realizar la respectiva solicitud en los términos establecidos en el respectivo reglamento vigente. Entiéndase por gastos personales relacionados con el proceso, aquellos tales como uso de transportes nacionales para comparecer ante la autoridad judicial, ética o administrativa que lo requiera, adquisición de copias del expediente para su uso exclusivo y traslado nacional de testigos ante los estrados judiciales, éticos o administrativos.
- El reconocimiento de un auxilio para una Conciliación única prejudicial o judicial cuyo monto total no exceda los quince (15) salarios mínimos legales mensuales vigentes en el territorio colombiano. El reconocimiento de este beneficio estará sujeto al cumplimiento del protocolo de conciliaciones establecido por la S.C.A.R.E. y a su aprobación interna, y no afectará los demás auxilios pero implicará el agotamiento de medio beneficio de apoderamiento jurídico.

Lo anterior se sujeta a lo establecido en el respectivo reglamento vigente del FEPASDE y al reconocimiento limitado de los beneficios de los numerales b, c, d, e, f, y g. Para el reconocimiento de los anteriores beneficios tendrán plena validez las contribuciones o aportes no reembolsables que se realicen a través de los convenios celebrados por la S.C.A.R.E.; sin embargo, en caso de atraso mayor a un mes en el pago de dichas contribuciones o aportes no reembolsables mediante convenios, el afiliado deberá continuar con su pago individualmente so pena de perder los beneficios de acuerdo a lo establecido en el respectivo reglamento vigente, y el reconocimiento de los anteriores beneficios está sujeto a la verificación por parte de la S.C.A.R.E. del pago de los aportes o contribuciones del afiliado en las fechas correspondientes, bien sea que estos se realicen de manera individual o a través de convenio.

La presente certificación es válida hasta el 26 julio 2019 y se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente,

PLINIO ALEXANDER PARADA ARIZA  
SUBGERENTE TESORERÍA, APORTES Y RECAUDO

Carrera 15A No. 120-74 • Bogotá D.C., Colombia  
Contact Center Nacional: 01 8000 91 3392  
PBX Bogotá: (1) 619 6077  
Fax: (1) 620 3230  
GAC-FO-008-1V7 / 25-01-2018

*Cuidamos a los que cuidan*  
[www.scare.org.co](http://www.scare.org.co)





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**  
**CONVENIO SCARE**

|                                                                          |                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                        |                       |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Ciudad de Expedición<br><b>BOGOTÁ, D.C.</b>                              | Sucursal<br><b>OFICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE</b>                                                                  | Tipo de Movimiento<br><b>EMISIÓN ORIGINAL</b> | Poliza No.<br><b>62-03-101034677</b>                                                                                   | Anexo No.<br><b>0</b> |
| TOMADOR <b>SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN SCARE</b> |                                                                                                                         |                                               | NIT                                                                                                                    | <b>860.020.082-1</b>  |
| DIRECCIÓN <b>KR 15 A NRO. 120 - 74</b>                                   | CIUDAD <b>BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL</b>                                                                            |                                               | TELÉFONO                                                                                                               | <b>6196077</b>        |
| ASEGURADO <b>DENIS EDMOND COBO OLIVEROS</b>                              | CIUDAD <b>CALÍ, VALLE</b>                                                                                               |                                               | CC                                                                                                                     | <b>16.645.161</b>     |
| DIRECCIÓN <b>CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34</b>                          |                                                                                                                         |                                               | TELÉFONO                                                                                                               |                       |
| BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>                                   |                                                                                                                         |                                               | NIT                                                                                                                    | <b>0-0</b>            |
| FECHA DE EXPEDICIÓN<br>(d-m-a)<br><b>10 / 08 / 2017</b>                  | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>12 / 09 / 2017</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>12 / 09 / 2018</b> |                                               | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>12 / 09 / 2017</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>12 / 09 / 2018</b> |                       |
| INTERMEDIARIO<br><b>AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.</b>                    | CLAVE<br><b>72960</b>                                                                                                   | % PARTICIPACIÓN<br><b>100.00</b>              | COASEGURO CEDIDO<br><b>COMPañIA</b> % PARTICIPACIÓN                                                                    |                       |

**INFORMACIÓN DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ORTOPEDIA

| DESCRIPCIÓN                                                                    | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLÍMITE           |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------|---------------------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL                                                          | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,295,086,800.00 |         | \$ 1,295,086,800.00 |
| DEDUCIBLES: * 295,086,800.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES |                     |                     |         |                     |

OBJETO DE LA PÓLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,295,086,800.00 | PRIMA:         | \$ *****261,345.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO |                          | IVA:           | \$ *****49,655.00  |
|                       |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****311,000.00 |

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 SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS DÍAS 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 DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA NINGUNA, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



(415) 7709998021167 (8020) 11021100807893 (3906) 000000311000 (96) 20180912

REFERENCIA  
PAGO:

1102110080789-3

62-03-101034677

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 1ª No. 93 - 23 Bogotá D.C. Teléfono 3196977

TOMADOR

DLG72980B





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                           | TIPO DE MOVIMIENTO                                        | POLIZA No.      | ANEXO No.                    |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|
| FICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE | EMISION ORIGINAL                                          | 62-03-101034677 | 0                            |
| TOMADOR                            | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE | NIT             | 860.020.082-1                |
| DIRECCION                          | KR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD          | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT |
| ASEGURADO                          | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                | TELEFONO        | 6196077                      |
| DIRECCION                          | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CC              | 16.645.161                   |
| BENEFICIARIO                       | TERCEROS AFECTADOS                                        | CIUDAD          | CALI, VALLE                  |
|                                    |                                                           | TELEFONO        |                              |
|                                    |                                                           | NIT             | 0-0                          |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA ASEGURADORA \$ 1.000.000.000  
DEDUCIBLE PACTADO 400 SMLV

CONDICIONES GENERALES POLIZA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: DE ACUERDO A CONVENIO

#### AMPAROS:

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR HECHOS RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS DE BENEFICIOS Y REGLAMENTOS IDENTIFICADOS EN EL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA, FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO (AFILIACION ININTERRUMPIDA COMO SOCIO ACTIVO SOLIDARIO DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DEL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA)

2. SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO, CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

#### EXCLUSIONES:

1. NO SE CUBREN AQUELLOS CASOS DE AFILIADOS A FEPASDE QUE NO ESTE AL DIA EN SUS PAGOS AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS: A) FECHA EN QUE HAYA OCURRIDO EL HECHO CAUSAL DE LA ACCION INICIADA EN SU CONTRA O CUANDO EL HECHO CAUSAL O LOS HECHOS CAUSALES HUBIESEN OCURRIDO EN DISTINTAS FECHAS, EL SOCIO DEBE ESTAR A PAZ Y SALVO CON FEPASDE EN TODO MOMENTO. B) FECHA DE LA NOTIFICACION DE LA PROVIDENCIA QUE LO VINCULA AL PROCESO. C) A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS. D) DURANTE EL TIEMPO QUE DURE EL PROCESO HASTA SU CULMINACION.

2. NO SE CUBREN TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO PRACTICADOS POR MEDICOS ESTETICISTAS. AQUELLOS PROCEDIMIENTOS, QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS, PRACTICADOS POR CIRUJANOS PLASTICOS ESTAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN SU COMPETENCIA E IDONEIDAD CON LOS TITULOS OBTENIDOS A TRAVES DE SU FORMACION EN EDUCACION FORMAL, O MEDIANTE ENTRENAMIENTO ESPECIFICO RELACIONADO QUE DEBE SER CERTIFICADO POR UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR DEBIDAMENTE RECONOCIDA POR EL ESTADO COLOMBIANO. NO SE CUBRE EL RESULTADO.

NOTA ACLARATORIA: Como convenio objeto de cobertura se entienden las normas de beneficio establecidas por S.C.A.R.E. - FEPASDE, para socios activos, solidarios de S.C.A.R.E y cuya afiliacin sea ininterrumpida.

#### GARANTIAS:

1. MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
2. EJERCER UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                           | TIPO DE MOVIMIENTO                                        | POLIZA No       | ANEXO No.                    |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|
| FICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE | EMISION ORIGINAL                                          | 62-03-101034677 | 0                            |
| TOMADOR                            | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE | NIT             | 860.020.082-1                |
| DIRECCION                          | KR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD          | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT |
| ASEGURADO                          | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                | TELEFONO        | 6196077                      |
| DIRECCION                          | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CC              | 16.645.161                   |
| BENEFICIARIO                       | TERCEROS AFECTADOS                                        | CIUDAD          | CALI, VALLE                  |
|                                    |                                                           | TELEFONO        |                              |
|                                    |                                                           | NIT             | 0-0                          |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA ASEGURADORA \$ 1.000.000.000  
DEDUCIBLE PACTADO 400 SMLV

CONDICIONES GENERALES POLIZA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: DE ACUERDO A CONVENIO

#### AMPAROS:

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR HECHOS RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS DE BENEFICIOS Y REGLAMENTOS IDENTIFICADOS EN EL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA, FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO (AFILIACION ININTERRUMPIDA COMO SOCIO ACTIVO SOLIDARIO DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DEL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA)
- SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO, CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

#### EXCLUSIONES:

- NO SE CUBREN AQUELLOS CASOS DE AFILIADOS A FEPASDE QUE NO ESTE AL DIA EN SUS PAGOS AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS: A) FECHA EN QUE HAYA OCURRIDO EL HECHO CAUSAL DE LA ACCION INICIADA EN SU CONTRA O CUANDO EL HECHO CAUSAL O LOS HECHOS CAUSALES HUBIESEN OCURRIDO EN DISTINTAS FECHAS, EL SOCIO DEBE ESTAR A PAZ Y SALVO CON FEPASDE EN TODO MOMENTO. B) FECHA DE LA NOTIFICACION DE LA PROVIDENCIA QUE LO VINCULA AL PROCESO. C) A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS. D) DURANTE EL TIEMPO QUE DURE EL PROCESO HASTA SU CULMINACION.
- NO SE CUBREN TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO PRACTICADOS POR MEDICOS ESTETICISTAS. AQUELLOS PROCEDIMIENTOS, QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS, PRACTICADOS POR CIRUJANOS PLASTICOS ESTAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN SU COMPETENCIA E IDONEIDAD CON LOS TITULOS OBTENIDOS A TRAVES DE SU FORMACION EN EDUCACION FORMAL, O MEDIANTE ENTRENAMIENTO ESPECIFICO RELACIONADO QUE DEBE SER CERTIFICADO POR UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR DEBIDAMENTE RECONOCIDA POR EL ESTADO COLOMBIANO. NO SE CUBRE EL RESULTADO.

NOTA ACLARATORIA: Como convenio objeto de cobertura se entienden las normas de beneficio establecidas por S.C.A.R.E. - FEPASDE, para socios activos, solidarios de S.C.A.R.E y cuya afiliacin sea ininterrumpida.

#### GARANTIAS:

- MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
- EJERCER UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CONVENIO SCARE

|                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                               |                                                 |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTA, D.C.                           | SUCURSAL<br>FICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE                                                                                                                           | TIPO DE MOVIMIENTO<br>EMISION ORIGINAL                             | POLIZA No.<br>62-03-101024102                                                 | ANEXO No.<br>0                                  |
| TOMADOR<br>DIRECCION<br>ASEGURADO<br>DIRECCION<br>BENEFICIARIO | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE<br>KR 15 A NRO. 120 - 74<br>DENIS EDMOND COBO OLIVEROS<br>CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34<br>TERCEROS AFECTADOS |                                                                    | NIT 860.020.082-1<br>TELEFONO 6196077<br>CC 16.645.161<br>TELEFONO<br>NIT 0-0 |                                                 |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>16 / 09 / 2016               |                                                                                                                                                                          | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2016 |                                                                               | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2017 |
| INTERMEDIARIO<br>AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.                 |                                                                                                                                                                          | CLAVE<br>72960                                                     | % PARTICIPACION<br>100.00                                                     | COMPANIA<br>COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACION |

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ORTOPEDIA

| DESCRIPCION           | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,275,782,000.00 |         |           |
|                       |                     | \$ 1,275,782,000.00 |         |           |

DEDUCIBLES: \$ 275,782,000.00 \$ EL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,275,782,000.00 | PRIMA:         | \$ *****261,207.00 |
| PLAN DE PAGO:         | CONTADO                  | IVA:           | \$ *****41,793.00  |
|                       |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****303,000.00 |

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A HO. 93A - 62, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)



REFERENCIA  
PAGO:

1102110060258-9



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
NIT. 900.009.578-6

CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                           | TIPO DE MOVIMIENTO                                        |        | POLIZA No                    | ANEXO No.        |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|------------------------------|------------------|
| FICINA PARQUE 93-AG. REPRESENTANTE | EMISION ORIGINAL                                          |        | 62-03-101024102              | 0                |
| TOMADOR                            | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |        | NIT                          | 860.020.082-1    |
| DIRECCION                          | KR 15 A NRO. 120 -74                                      | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO 6196077 |
| ASEGURADO                          | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                |        | CC                           | 16.645.161       |
| REGION                             | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CIUDAD | CALI, VALLE                  | TELEFONO         |
| BENEFICIARIO                       | TERCEROS AFECTADOS                                        |        | NIT                          | 0-0              |

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LIMITES MAXIMO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA ASEGURADORA \$ 1.000.000.000  
DEDUCIBLE PACTADO 400 SMLV  
CONDICIONES GENERALES POLIZA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: DE ACUERDO A CONVENIO

ANEXOS:

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR HECHOS RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS DE BENEFICIOS Y REGLAMENTOS IDENTIFICADOS EN EL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA, FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

|                                                                |                                                                                                                                                                          |                                           |                                             |                                     |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C.                           | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93                                                                                                                               | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACIÓN | PÓLIZA No.<br>62-03-101034677               | ANEXO No.<br>3                      |
| TOMADOR<br>DIRECCIÓN<br>ASEGURADO<br>DIRECCIÓN<br>BENEFICIARIO | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACIÓN SCARE<br>KR 15 A NRO. 120 - 74<br>DENIS EDMOND COBO OLIVEROS<br>CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34<br>TERCEROS AFECTADOS |                                           | NIT<br>TELEFONO<br>CC<br>TELEFONO<br>NIT    |                                     |
|                                                                |                                                                                                                                                                          | CIUDAD                                    | BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT<br>CALI, VALLE |                                     |
| FECHA DE EXPEDICIÓN<br>(d-m-a)                                 | DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)                                                                                                                                            | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)             | DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)               | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)       |
| 19 / 08 / 2020                                                 | 12 / 09 / 2020                                                                                                                                                           | 12 / 09 / 2021                            | 12 / 09 / 2020                              | 12 / 09 / 2021                      |
| INTERMEDIARIO<br>AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.                 | CLAVE<br>72960                                                                                                                                                           | % PARTICIPACIÓN<br>100.00                 | COMPañIA                                    | COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACIÓN |

## INFORMACIÓN DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

| DESCRIPCIÓN                                                                     | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLÍMITE           |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------|---------------------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL                                                           | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,351,121,200.00 |         | \$ 1,351,121,200.00 |
| DEDUCIBLES: \$ 351,121,200.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES |                     |                     |         |                     |

OBJETO DE LA PÓLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,351,121,200.00 | PRIMA:         | \$ *****293,593.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO |                          | IVA:           | \$ *****55,782.00  |
|                       |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****349,375.00 |

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 DÍAS 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 DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62, TELÉFONO 7422342 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.001A.D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDEL ESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11021101737933 (3900) 000000349375 (96) 20210912

REFERENCIA  
PAGO:  
1102110173793-3

62-03-101034677

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

Oficina Principal Cra. 11 No. 93 - 23 Bogotá D.C. Teléfono 2156377

TCRACOR



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.878-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CONVENIO SCARE

| SUCURSAL                       | TIPO DE MOVIMIENTO                                        | POLIZA No.      | ANEXO No.     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | ANEXO DE RENOVACION                                       | 62-03-101034677 | 3             |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                 |               |
| DIRECCION                      | KR 15 A NRO. 120 - 74                                     | NIT             | 860.020.082-1 |
|                                | Ciudad BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT                       | TELEFONO        | 6196077       |
| ASEGURADO                      | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                |                 |               |
| DIRECCION                      | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CC              | 16.645.161    |
|                                | Ciudad CALI, VALLE                                        | TELEFONO        |               |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        |                 |               |
|                                |                                                           | NIT             | 0-0           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA ASEGURADORA \$ 1.000.000.000  
DEDUCIBLE PACTADO 400 SMLV

CONDICIONES GENERALES POLIZA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: DE ACUERDO A CONVENIO

#### AMPAROS:

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR HECHOS RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS DE BENEFICIOS Y REGLAMENTOS IDENTIFICADOS EN EL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA, FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO (AFILIACION ININTERRUMPIDA COMO SOCIO ACTIVO SOLIDARIO DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DEL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA)
2. SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO, CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

#### EXCLUSIONES:

1. NO SE CUBREN AQUELLOS CASOS DE AFILIADOS A FEPASDE QUE NO ESTE AL DIA EN SUS PAGOS AL MOMENTO DE LA OCURENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS: A) FECHA EN QUE HAYA OCURRIDO EL HECHO CAUSAL DE LA ACCION INICIADA EN SU CONTRA O CUANDO EL HECHO CAUSAL O LOS HECHOS CAUSALES HUBIESEN OCURRIDO EN DISTINTAS FECHAS, EL SOCIO DEBE ESTAR A PAZ Y SALVO CON FEPASDE EN TODO MOMENTO. B) FECHA DE LA NOTIFICACION DE LA PROVIDENCIA QUE LO VINCULA AL PROCESO. C) A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS. D) DURANTE EL TIEMPO QUE DURE EL PROCESO HASTA SU CULMINACION.
2. NO SE CUBREN TRATAMIENTOS CON FINES DE ENBELLECIMIENTO PRACTICADOS POR MEDICOS ESTETICISTAS. AQUELLOS PROCEDIMIENTOS, QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS, PRACTICADOS POR CIRUJANOS PLASTICOS ESTAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN SU COMPETENCIA E IDONEIDAD CON LOS TITULOS OBTENIDOS A TRAVES DE SU FORMACION EN EDUCACION FORMAL, O MEDIANTE ENTRENAMIENTO ESPECIFICO RELACIONADO QUE DEBE SER CERTIFICADO POR UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR DEBIDAMENTE RECONOCIDA POR EL ESTADO COLOMBIANO. NO SE CUBRE EL RESULTADO.

NOTA ACLARATORIA: Como convenio objeto de cobertura se entienden las normas de beneficio establecidas por S.C.A.R.E. - FEPASDE, para socios activos, solidarios de S.C.A.R.E y cuya afiliacion sea ininterrumpida.

#### GARANTIAS:

1. MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
2. EJERCER UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**  
**CONVENIO SCARE**

|                                                                   |                                                 |                                                 |                                                 |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICION<br>BOGOTA, D.C.                              | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93      | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACION       | POLIZA No.<br>62-03-101034677                   | ANEXO No.<br>2                                  |
| TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                                                 |                                                 | NIT                                             | 860.020.082-1                                   |
| DIRECCION KR 15 A NRO. 120 - 74                                   |                                                 |                                                 | CIUDAD                                          | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT                    |
| ASEGURADO DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                              |                                                 |                                                 | TELEFONO                                        | 6196077                                         |
| DIRECCION CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                          |                                                 |                                                 | CC                                              | 16.645.161                                      |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS                                   |                                                 |                                                 | TELEFONO                                        |                                                 |
|                                                                   |                                                 |                                                 | NIT                                             | 0-0                                             |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>14 / 08 / 2019                  | DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2019 | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2020 | DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2019 | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>12 / 09 / 2020 |
| INTERMEDIARIO<br>AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.                    |                                                 | CLAVE<br>72960                                  | % PARTICIPACION<br>100.00                       | COMPANIA<br>COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACION |

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ORTOPEDIA

| DESCRIPCION                                                                    | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLIMITE           |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------|---------------------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL                                                          | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,331,246,608.00 |         | \$ 1,331,246,608.00 |
| DEDUCIBLES: * 331,246,608.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES |                     |                     |         |                     |

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,331,246,608.00 | PRIMA:         | \$ *****276,975.00 |
| PLAN DE PAGO:         | CONTADO                  | IVA:           | \$ *****52,625.00  |
|                       |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****329,600.00 |

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 SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.00000000E.RC.001A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11021101427077 (3900) 000000329600 (96) 20200911

REFERENCIA  
PAGO:  
1102110142707-7

62-03-101034677

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 1° No. 93 - 23 Bogotá D.C. Teléfono 2198977

TCMAECC

DLG72960B



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CONVENIO SCARE

| CURSURA:                       |                                                           | TIPO DE MOVIMIENTO                  | POLIZA No.      | ANEXO No.     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 |                                                           | ANEXO DE RENOVACION                 | 62-03-101034677 | 2             |
| TOMADOR                        | SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE |                                     | NIT             | 860.020.082-1 |
| DIRECCION                      | KR 15 A NRO. 120 - 74                                     | CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO        | 6196077       |
| ASEGURADO                      | DENIS EDMOND COBO OLIVEROS                                |                                     | CC              | 16.645.161    |
| DIRECCION                      | CLLE 3 OESTE # 56 -350 CASA 34                            | CIUDAD CALI, VALLE                  | TELEFONO        |               |
| BENEFICIARIO                   | TERCEROS AFECTADOS                                        |                                     | NIT             | 0-0           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA ASEGURADORA \$ 1.000.000.000  
DEDUCIBLE PACTADO 400 SMMLV

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

CONDICIONES GENERALES POLIZA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL: DE ACUERDO A CONVENIO

#### AMPAROS:

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR HECHOS RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS DE BENEFICIOS Y REGLAMENTOS IDENTIFICADOS EN EL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA, FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO (AFILIACION ININTERRUMPIDA COMO SOCIO ACTIVO SOLIDARIO DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DEL CONVENIO OBJETO DE COBERTURA)
- SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD PACTADO, CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

#### EXCLUSIONES:

- NO SE CUBREN AQUELLOS CASOS DE AFILIADOS A FEPASDE QUE NO ESTE AL DIA EN SUS PAGOS AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS: A) FECHA EN QUE HAYA OCURRIDO EL HECHO CAUSAL DE LA ACCION INICIADA EN SU CONTRA O CUANDO EL HECHO CAUSAL O LOS HECHOS CAUSALES HUBIESEN OCURRIDO EN DISTINTAS FECHAS, EL SOCIO DEBE ESTAR A PAZ Y SALVO CON FEPASDE EN TODO MOMENTO. B) FECHA DE LA NOTIFICACION DE LA PROVIDENCIA QUE LO VINCULA AL PROCESO. C) A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS. D) DURANTE EL TIEMPO QUE DURE EL PROCESO HASTA SU CULMINACION.
- NO SE CUBREN TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO PRACTICADOS POR MEDICOS ESTETICISTAS. AQUELLOS PROCEDIMIENTOS, QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS, PRACTICADOS POR CIRUJANOS PLASTICOS ESTAN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO DEMUESTREN SU COMPETENCIA E IDONEIDAD CON LOS TITULOS OBTENIDOS A TRAVES DE SU FORMACION EN EDUCACION FORMAL, O MEDIANTE ENTRENAMIENTO ESPECIFICO RELACIONADO QUE DEBE SER CERTIFICADO POR UNA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR DEBIDAMENTE RECONOCIDA POR EL ESTADO COLOMBIANO. NO SE CUBRE EL RESULTADO.

NOTA ACLARATORIA: Como convenio objeto de cobertura se entienden las normas de beneficio establecidas por S.C.A.R.E. - FEPASDE, para socios activos, solidarios de S.C.A.R.E y cuya afiliacion sea ininterrumpida.

#### GARANTIAS:

- MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
- EJERCER UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.



**RV: TRAMITE ANTE RETHUS DE LA ESPECIALIDAD CONTRATADA**

De: DENIS COBO &lt;drcobo2009@hotmail.com&gt;

Enviado: Tue, Jul 23, 2019 a la(s) 2:38 pm

Para: Aprendiz GH 1

image002.jpg (13,8 KB) imagen.png (126,4 KB) img-2.png (28,2 KB) – Descargar todos los

Las imágenes no muestran **MOSTRAR IMÁGENES** | **MOSTRAR SIEMPRE IMÁGENES A ESTE REMITENTE**

Cordial Saludo Derly: Soy Viviana la esposa del Dr. Cobo; te comento que acabe de llamar al Colegio Medico Colombiano a Bogota y me dicen que paso que cuando hacen actualizaciones se borran los datos, que enviara el correo a cmc.asistente.coordinación@gmail.com que alli me actualizaban, de todas maneras también lo mande al que aparece en la pagina de ellos que es pqrs@colegiomedicocolombiano.org . Con la foto de la tarjeta Rethus.

Muchas gracias, quedo pendiente de la respuesta.

Atentamente,

Viviana de Cobo

---

De: DENIS COBO <drcobo2009@hotmail.com>

Enviado: martes, 23 de julio de 2019 2:29 p. m.

Para: cmc.asistente.coordinacion@gmail.com; Aprendiz GH 1

Asunto: RV: TRAMITE ANTE RETHUS DE LA ESPECIALIDAD CONTRATADA

Cordial Saludo Señores Colegio Medico Colombiano: Muy respetuosamente solicito a ustedes actualizar en su pagina mi especialidad como Traumatologo Ortopedista, ya que la Secretaria de Salud del Valle, realizo una revisión y aparezco solo como Medico General. Adjunto fotocopia de mi Tarjeta Rethus donde aparece mi especialidad, agradecería mucho se hiciera lo mas pronto posible, ya que tengo un plazo hasta el 30 de Julio para quedar actualizado.

Agradezco toda la atención prestada a la presente.

Atentamente,

Dr. Denis Edmond Cobo Oliveros

C.C. 16.645.161 de Cali

Cel 321 833 3392

---

**De:** DENIS COBO <drcobo2009@hotmail.com>

**Enviado:** martes, 23 de julio de 2019 2:19 p. m.

**Para:** pqrs@colegiomedicocolombiano.org

**Asunto:** RV: TRAMITE ANTE RETHUS DE LA ESPECIALIDAD CONTRATADA

DENIS COBO

Dom 5/06/2016 2:41 PM

INFORMACIÓN COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO 

Dr. Denis Cobo- Ortopedista  
Rec. pago.pdf

630 KB

Colegio Médico  
Colombiano.docx

87 KB

2 archivos adjuntos (717 KB)

Descargar todo

Guardar todo en OneDrive

Cordial Saludo; Adjunto envío escaneada carta dirigida a ustedes y recibo de pago en Banco Davivienda y recibo del Servicio de Servientrega; ya que seguí su consejo de enviar por correo toda la documentación; pues es realmente imposible cargarla en su página porque aunque se hace todo bien cuando se va a enviar sale error.

Agradezco mucho me informe por este medio los pasos a seguir y cuando me llega la tarjeta y la clave que no es muy claro para mí como es el manejo que se le debe dar; por favor le solicito me de una breve información.

Atentamente,

Dr. Denis Edmond Cobo  
Traumatólogo Ortopedista  
Cel. 321 833 3392  
e-mail drcobo2009@hotmail.com

---

Date: Wed, 1 Jun 2016 11:14:31 -0500

From: info@colegiomedicocolombiano.org

To: drcobo2009@hotmail.com

Subject: Re: COMO LOGRAR ENVIAR DATOS TARJETA RETHUS?

---

**De:** aux.ghumana@clinicacristorey.com.co <aux.ghumana@clinicacristorey.com.co>

**Enviado:** martes, 23 de julio de 2019 11:08 a. m.

**Para:** gal.ajj@hotmail.com; angel03307@hotmail.com; laburbano@hotmail.com; afecc4@gmail.com; julianguzman1@hotmail.com; fabianortizsegura@hotmail.com; anacarrera90@hotmail.com; johnjaime@hotmail.com; andresmd2009@hotmail.com; zapatagfdo@gmail.com; info@cirugia-mano.com; guillemontoya@hotmail.com; Eduardo Velasquez Giron; dariobluna1@hotmail.com; burbanocx@hotmail.com; anastasiaferrom@gmail.com; herabso@yahoo.com; lfceron@gmail.com; jiguerra0411@gmail.com; drarossi@drarosalbabejarano.com; fabianhernandezmd@hotmail.com; anita131@yahoo.com; evisdq@gmail.com; leonardofmr@hotmail.com; julian.cor.col@gmail.com; medineuro@gmail.com; dr.jaimeolayo@hotmail.com; renevarelaosorio@gmail.com; drcobo2009@hotmail.com; gomar98@hotmail.com; jhon\_pcasado@hotmail.com;



**ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)**  
**NIT.: 800215908-8**

**CERTIFICA:**

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina Kactus, el (la) Sr (a) **DENIS EDMOND COBO OLIVEROS**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **16.645.161**, presta sus servicios profesionales como **MEDICO ORTOPEDISTA**, mediante contrato civil de prestación de servicio, desde el:

1 de noviembre de 2015 al 31 de octubre de 2016

En los últimos tres meses se le cancelaron honorarios por valor total de Veintisiete millones novecientos cuatro mil quinientos pesos mcte (\$ 27.904.500,00)

Esta certificación no acredita ninguna relación laboral directa con la Empresa contratante.

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 04 días del mes de octubre de 2016.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext: 6520 - 3016058452, citando el consecutivo 91108.

Cordialmente,

**LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.**  
**Subdirectora Nacional de Talento Humano**  
**ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)**

Carrera 69 No. 98 A - 45 Oficina 202. Bogotá D.C.

## CLÍNICA FARALLONES S.A.

### CERTIFICA QUE:

El Doctor **COBO OLIVEROS DENIS EDMON**, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.645.161, presta sus Servicios Profesionales a la Clínica como **MÉDICO ORTOPEDISTA**, para la atención de pacientes del Plan Obligatorio de Salud, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, desde el día 23 de Julio, del año 2010, generando unos honorarios promedio mensuales de Catorce Millones, Ochocientos Veintitrés Mil, Doscientos Treinta y Un pesos (\$14.823.231) M.CTE.

Para constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la ciudad de Santiago de Cali, a los Siete (7) días del mes de Octubre de 2016, con destino a quien pueda interesar.

Atentamente,



**JOSÉ RAMÓN BURGOS MOSQUERA**  
Director Médico  
Tel. 487 80 00 Ext. 3901

**Personeria Jurídica No. 0430 de Febrero 12 de 1957**

## LA UNION - VALLE

EL SUSCRITO MEDICO DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN ESTEBAN DE LA UNION VALLE

C E R T I F I C A T E :

que DENIS COBO OLIVEROS , con cédula de ciudadanía N° 16'645.161 de Cali V , fue nombrado mediante la Resolución N° 119 de fecha 2 de septiembre de 1.985 , emanada de la Dirección del Hospital San Esteban para desempeñar el Cargo de Médico en cumplimiento del Servicio Social plaza aprobada por el formulario N° 098 de fecha 2 de Enero de 1.985 de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública.

Que el Mencionado funcionario cumplió con los programas que le fueron asignados y trabajó hasta el primero (1) de septiembre de 1.986 fecha en la cual se le aceptó la renuncia mediante la Resolución R-141 de fecha 1 de septiembre de milnovecientos ochenta y seis (1.986).

En constancia y para los fines pertinentes, se firma el presente certificado en la Unión Valle a primero (1) de septiembre de noventa y seis (1.986).

**GOMALC COMMERAS**  
**Médico Director.**  
**MEDIC**

## CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

|              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| CONTRATANTE: | FABISALUD IPS SAS. NIT. 900951033-8 |
| CONTRATISTA: | PEREZ CASADO JHON JAIRO             |

1. **FECHA Y DOMICILIO CONTRACTUAL:** Cali, Valle 12 de Junio de 2021. -----
2. **PARTES:** 2.1. **CONTRATANTE:** FABISALUD IPS S.A.S., sociedad domiciliada en la ciudad de Cali, identificada con el Nit. 900951033-8, representada legalmente por el señor FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, conforme al Certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio de Cali, quien para este contrato y en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**. 2.2. **CONTRATISTA:** PEREZ CASADO JHON JAIRO, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali. Identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.524.615 de Cali, quien en adelante y para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**-----
3. **OBJETO:** **EL CONTRATISTA** en su condición de médico **ORTOPEDISTA**, se obliga para con **EL CONTRATANTE**., a prestar sus servicios civiles profesionales, no subordinados obrando por su propia cuenta y riesgo, de acuerdo a su disponibilidad horaria y de calendario para la prestación de servicios profesionales, con completa autonomía técnica y directiva, a prestar o realizar las siguientes actividades profesionales: CIRUGÍAS DE URGENCIAS, CIRUGÍAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN en la Clínica. **PARÁGRAFO 1.** El contratista debe: a) Las interconsultas hospitalarias deben ser con oportunidad de respuesta de acuerdo a: PACIENTE QUIRÚRGICO, respuesta inmediata; Los otros, de acuerdo a la prioridad del paciente. **PARÁGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.-----
4. **VALOR DEL CONTRATO:** **EL CONTRATANTE**., cancelará HONORARIOS al **CONTRATISTA**, por concepto de cirugías (prioritarias, programadas o de urgencias) de acuerdo a la siguiente tabla:

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Disponibilidad por turno</b>                                                                   | El contratante pagará al contratista la suma de \$833.333.00, por cada 24 horas que el profesional esté pendiente al llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la clínica, dentro del cual deberá asistir a la institución si fuera el caso con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente. |
| <b>Cirugías Prioritarias, programadas o de urgencias a pacientes de EPS, particulares y otras</b> | <b>A la tarifa ISS más el 15%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Cirugías Prioritarias, programadas o de urgencias A pacientes SOAT</b>                         | <b>Tarifa SOAT vigente, menos el 20%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Interconsultas POSTQUIRÚRGICAS</b>                                                             | <b>Hacen parte del procedimiento, como tal no genera cobro alguno</b>                                                                                                                                                                                                                                               |

El pago de honorarios profesionales en ningún caso constituye salario por cuanto en la ejecución de este contrato las partes acuerdan que no habrá actividad como trabajador del CONTRATISTA y mucho menos subordinación para con el CONTRATANTE y la contraprestación se derivará por la prestación de los servicios. **PARÁGRAFO PRIMERO:** EL CONTRATISTA se obliga CON EL CONTRATANTE para la cancelación de honorarios aportar al final de cada mes la respectiva cuenta de cobro en la cual indicará el pago de honorarios por la disponibilidad de sus servicios profesionales. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El contratista se obliga con el CONTRATANTE a elaborar y aportar mensualmente al CONTRATANTE las fechas y horas en la cual tiene disponibilidad para la prestación de sus servicios profesionales. -----

**5. FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por FABISALUD IPS SAS, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro y los correspondientes a la disponibilidad por turno, treinta días, después de haberse radicado la cuenta de cobro. **PARÁGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas médicas, proceso mediante el cual se verificará las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).-----

**6. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:** Sin perjuicios de los demás lugares que indique CLINICA CRISTO REY CALI, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es FABISALUD IPS SAS, de la Ciudad de Cali. -----

**6. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA se obliga a:** **6.1.** Garantizar la prestación total e idónea del servicio, dentro de los más altos estándares de calidad y seriedad profesional, y a la entera satisfacción del CONTRATANTE. **6.2.** Obrar con diligencia, responsabilidad y máxima prudencia en los asuntos que se le han encomendado guardando siempre la debida confidencialidad. **6.3.** Cumplir con todas las

obligaciones que se derivan en esta clase de contratos conforme a lo previsto en el Código Civil y Código de Comercio para los contratos de prestación de servicios profesionales. **6.4.** Ejecutar la prestación del servicio conforme al objeto contractual. **6.5.** Atender las observaciones o sugerencias que **EL CONTRATANTE.**, le haga con justa razón. **6.6.** Permitir en todo momento la revisión de los trabajos por parte de **EL CONTRATANTE.**, a través de su representante legal o administrador. **6.7.** Resolver ya sea de manera verbal o escrita las consultas o aclaraciones que se presenten con relación al presente contrato. **6.8.** Ejecutar la prestación del servicio conforme el objeto contractual. **6.9. EL CONTRATISTA** está obligado a suministrar por su cuenta y utilizar en los servicios que se contratan, todo el equipo y material necesarios para el normal desarrollo del objeto contractual. No obstante, lo anterior el CONTRATISTA podrá utilizar los equipos y elementos necesarios propiedad del CONTRATANTE para el desarrollo del objeto contractual para lo cual se obliga a darles buen uso. **6.10.** Comunicar inmediatamente al CONTRATANTE cualquier reclamo relativo a la calidad de los servicios junto con la información pertinente. **6.11.** Rendir cuentas al CONTRATANTE sobre los servicios prestados de manera mensual. -----

**7. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** 1. Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. 2. Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. 3. Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. 4. Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes. -----

**8. RELACIÓN LABORAL DEL CONTRATANTE CON EL CONTRATISTA:** EL CONTRATISTA ejecutará el contrato de carácter civil desarrollando actividades profesionales no subordinadas obrando por su propia cuenta y riesgo, de acuerdo a su disponibilidad horaria y de calendario para la prestación de sus servicios profesionales, con completa autonomía técnica y directiva. -----

**9. AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte de la CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoría de calidad por parte de CLINICA CRISTO REY CALI, de acuerdo a su programa de auditoría para el mejoramiento de la Calidad. -----

**10. PLAZO DEL CONTRATO:** El plazo del objeto de este contrato es de UN AÑO (1) contados a partir de la firma y legalización del presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Se entiende que el contrato está legalizado, cuando se haya suscrito por las partes. -----

**11. RENOVACIÓN Y PRÓRROGAS:** Este contrato únicamente será prorrogado o renovado mediante acuerdo escrito entre las partes por medio de un otrosí al contrato. Tal determinación de prórroga o renovación se obligan las partes a manifestarla con 30 días de anticipación al vencimiento del término contractual vigente. De no hacer las partes manifestación escrita al respecto en el plazo anteriormente estipulado, se entenderá que su voluntad es prorrogar automáticamente el contrato por términos sucesivos iguales al



inicial. **PARÁGRAFO PRIMERO:** No obstante, **EL CONTRATANTE.**, podrá dar por terminado el presente contrato por cualquier causa y en cualquier momento sin que esto implique el pago de ningún tipo de indemnización a **EL CONTRATISTA.** Esta forma de terminación contractual y unilateral la acepta **EL CONTRATISTA** de forma expresa y voluntaria con la firma del presente contrato. -----

**12. MODIFICACIONES:** Las partes contratantes declaran que, cuando haya necesidad de modificar el valor, el plazo o los términos del presente CONTRATO se formalizará mediante un OTROSÍ al presente contrato. -----

**13. LA AFILIACIÓN A UNA E.P.S., UNA A.R.P. Y A UN FONDO DE PENSIONES:** La seguridad social integral en cuanto a salud, riesgos profesionales y fondo de pensiones en entidades como E.P.S., A.R.P. y FONDO DE PENSIONES serán asumidas por **EL CONTRATISTA** El cual se compromete con **EL CONTRATANTE** a entregar copia mensual de los pagos realizados en su nombre a la E.P.S. A.R.P y Fondo de Pensiones correspondientes para que hagan parte integral del presente contrato de Prestación de Servicios. -----

**14. CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD:** El contenido de este contrato, los documentos y la información que le es entregada a **EL CONTRATISTA** por **EL CONTRATANTE.**, para llevar a cabo la gestión técnica y comercial encomendada, gozan de confidencialidad en razón del secreto profesional que es propio de su profesión, por ello, toda la información a la que tenga acceso **EL CONTRATISTA**, está protegida por las normas que rigen el secreto profesional y solo podrá ser usada para los fines inherentes a la actividad comercial encomendada. **EL CONTRATISTA** Guardará absoluta confidencialidad y se compromete a no intervenir o modificar o atentar, incluso después de terminado el contrato de prestación de servicios respecto a: procedimientos, métodos, características, lista de clientes, fórmulas, claves de seguridad, suministros, software, base de datos de cualquier índole, valores de bienes y servicios, información técnica, financiera, económica o comercial de la empresa o sus clientes y demás que la sociedad **CONTRATANTE**, utiliza en el desarrollo de su objeto social frente a clientes o terceros. El incumplimiento de esta obligación conllevaría a iniciar acciones judiciales en contra del **CONTRATISTA** por los perjuicios materiales e inmateriales que cause, además del cobro de la cláusula penal que más adelante se describe. Es obligación del **CONTRATISTA** devolver inmediatamente a la terminación de su contrato: claves, bases de datos, equipos, información técnica, comercial y todo lo demás que tenga el **CONTRATISTA** de **EL CONTRATANTE** y que haya recibido para poder ejecutar su labor. -----

Así mismo, el **CONTRATISTA** se compromete a adoptar todas las precauciones necesarias y apropiadas para la guarda de la confidencialidad de la información que tenga el **CONTRATISTA** de la empresa, esto es, lista de clientes, base de datos, procedimientos de cualquier índole, fórmulas químicas, biológicas y similares, su software, o procedimientos, claves secretas, métodos, características, estudios, estadísticas, proyectos, suministros utilizados por **EL CONTRATANTE.**, interna y externamente frente a

sus clientes o terceros, información técnica, financiera, económica o comercial de EL CONTRATANTE., o sus clientes.-----

**15. OTRAS CLÁUSULAS:** Además de las anteriores estipulaciones las partes acuerdan las siguientes: **15.1.** En la ejecución del presente contrato **EL CONTRATISTA** gozará de plena autonomía técnica, económica, directiva y disponibilidad de horarios y calendario para desarrollar el objeto del contrato no existiendo ninguna subordinación ni dependencia de **EL CONTRATISTA** respecto de **EL CONTRATANTE**. Queda claramente establecido entre las partes que este contrato bajo ninguna circunstancia genera vinculación laboral.

**15.2 INTERVENTORÍA. EL CONTRATISTA**, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales. **15.3.** Los trabajadores o subcontratistas que **EL CONTRATISTA** llegare a ocupar en el desarrollo y ejecución de este contrato o cualquiera de sus adiciones o renovaciones y que desde luego en todo caso serían previamente autorizados por **EL CONTRATANTE**., dependerán únicamente del **CONTRATISTA**, civil, comercial y laboralmente, sin que tales subcontratados tengan vinculación contractual o dependencia alguna con **EL CONTRATANTE**.-----

**16. CLÁUSULA PENAL:** En este estado las partes pactan como estimación anticipada de perjuicios la suma la suma de **DIEZ MILLONES DE PESOS MCTE (\$10.000.000.00)** suma que deberá ser pagada por **EL CONTRATISTA** en el evento de que incumpla o demore el cumplimiento en cualquiera de las obligaciones derivadas del presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATANTE** podrá hacer efectiva la indemnización aquí pactada a través de un proceso ejecutivo para lo cual será solo necesario la presentación de un ejemplar del presente contrato acompañado con la manifestación de incumplimiento por parte del **CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO SEGUNDO: CONSTITUCIÓN EN MORA.** Para los efectos derivados de la presente cláusula penal no será necesario la constitución en mora del deudor o de la parte incumplida toda vez que **EL CONTRATISTA** renuncia a este derecho en favor de **EL CONTRATANTE**. **PARÁGRAFO TERCERO:** El cobro de la cláusula penal no impide que **EL CONTRATANTE**, adelante el cobro independiente de una indemnización adicional de perjuicios si lo considera necesario y oportuno.-----

**17. EL CONTRATISTA** de conformidad con la cláusula anterior responderá por todos los daños y perjuicios que en desarrollo del presente contrato, que él, sus dependientes o subcontratistas ocasionen **EL CONTRATANTE**., o a las personas que en cualquier calidad de ella dependan en relación con los resultados de los servicios profesionales que aquí se contratan.-----

**18. CESIÓN.** Queda terminantemente prohibido a **EL CONTRATISTA** ceder o subcontratar total o parcialmente este contrato, sin el consentimiento expreso y escrito de

**EL CONTRATANTE.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse constar en el texto del mismo, o en otrosí firmado por ambas partes. -----

**19. LUGAR DONDE LAS PARTES RECIBIRÁN NOTIFICACIONES:** **EL CONTRATANTE.**, en sus instalaciones de la ciudad de Cali, Valle del Cauca; **EL CONTRATISTA:** En la Calle 12A OESTE # 281-24 APTO 405 de Cali, Valle del Cauca.----

**20. ACUERDO TOTAL:** Este contrato constituye el acuerdo total y definitivo entre las partes contratantes y reemplaza toda negociación o acuerdo anteriores, relativos al mismo, así sean hechos en forma verbal o escrita, excepto en la medida en que se incorporen expresamente al presente contrato. Ningún cambio, alteración o modificación hechos en el presente contrato, tendrán validez a menos que esté contenido en un otrosí firmado por las partes contratantes. Los errores u omisiones en cifras o palabras, no modifican el objeto del contrato, ni su intención y en caso de que se presente, debe atenderse a los que se desprendan de la interpretación del texto general del contrato. -----

**21. DOCUMENTOS ANEXOS AL CONTRATO:** **EL CONTRATISTA** declara estar informado ampliamente de todos los documentos que hacen parte del presente contrato y que son de rigurosa aplicación para la prestación del servicio aquí contratado. **EL CONTRATISTA** declara, por tanto, que tiene pleno conocimiento de la forma de ejecutar este servicio profesional que se ha enterado y que está plenamente familiarizado con el servicio a ejecutar. Se consideran incorporados y parte integral del presente contrato los documentos que a continuación se enuncian y las comunicaciones y formas pre-impresas de **EL CONTRATANTE.**, que sean utilizados en el desarrollo de los servicios contratados, como: **21.1.** Copia de la cédula del **CONTRATISTA.** **21.2.** RUT del **CONTRATISTA.** **21.3.** Certificado de existencia y representación del **CONTRATANTE** expedido por la Cámara de Comercio de Cali.-----

**22. ORDEN DE PREFERENCIA:** Las partes acuerdan que, para efectos de la interpretación de las obligaciones y derechos expresados en el texto de este **CONTRATO**, se deberá seguir el siguiente orden de preferencia: **22.1.-** El contrato y sus otrosí. **22.2.-** Los anexos referidos en la cláusula sexta. **22.3.-** Las instrucciones, disposiciones y demás comunicaciones de **EL CONTRATANTE.** **22.4.** La ley, especialmente las normas que en materia de contratos reglamentan los de prestación de servicios en el Código de Comercio y en el Código Civil.-----

**23. DOMICILIO:** Para todos los efectos del cumplimiento de las obligaciones que se derivan del presente contrato, se señala como domicilio la ciudad de Cali, Valle del Cauca.

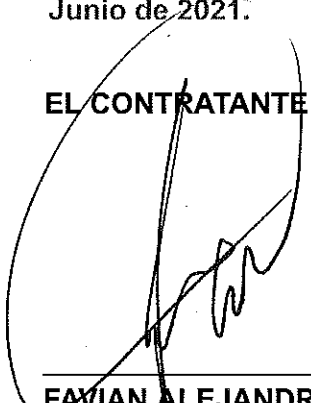
**24. DATOS PERSONALES.** El **CONTRATISTA** de manera expresa por medio del presente contrato autoriza al **CONTRATANTE** para tratar los datos personales que se suministren en desarrollo del contrato, durante todo el tiempo de permanencia en la sociedad y después de terminada la relación siempre y cuando exista un deber de conservación legal o contractual por parte del **CONTRATANTE.** La autorización de tratamiento de datos personales se otorga por parte del **CONTRATISTA** dentro de lo tipificado en la Política de Protección de Datos Personales, que es conocida por El **CONTRATISTA** y se ajusta a lo prescrito en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto

Reglamentario 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2014, Decreto 1074 de 2015. De igual forma, El CONTRATISTA que, sin estar facultado para ello, destruya, dañe, borre, deteriore, altere o suprima datos informáticos, o un sistema de tratamiento de información o sus partes o componentes lógicos, podrá ser denunciado penalmente por el delito de daño informático. Así mismo, El CONTRATISTA que, sin estar facultado para ello, con provecho propio o de un tercero, obtenga, compile, sustraiga, ofrezca, venda, intercambie, envíe, compre, intercepte, divulgue, modifique o emplee códigos personales, datos personales contenidos en ficheros, archivos, bases de datos o medios semejantes, podrá ser denunciado por la conducta de violación de datos personales. Se considerará muy grave el incumplimiento del Manual de Políticas de Protección de Datos personales adoptado por el CONTRATISTA, llegando a constituir una causal de terminación del contrato de prestación de servicios. En todos los casos en que El CONTRATISTA podrá hacer uso de sus derechos de Habeas Data (conocer, actualizar y rectificar su información) con excepción a lo establecido por ley en la dirección de su residencia detallada en el presente contrato.-----

**25. LEGALIZACIÓN:** Se entenderá perfeccionado y legalizado el presente contrato cuando sea suscrito por las partes. -----

Para constancia, se firma en la ciudad de Santiago de Cali, a los 12 días del mes de Junio de 2021.

**EL CONTRATANTE:**



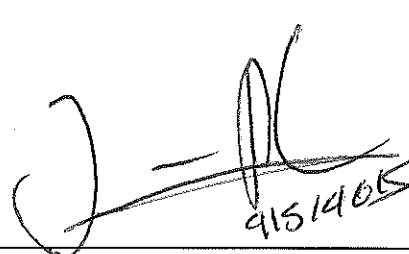
**FAVIAN ALEJANDRO CORDÓN TORRES**

CC: 80.218.397 de Bogotá

Representante Legal

**FABISALUD IPS SAS. NIT.900951033-8**

**EL CONTRATISTA:**



**JHON JAIRO PEREZ CASADO**

CC: 91.524.615

Ortopedista y Traumatólogo

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: **FABISALUD IPS SAS** .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: **JHON JAIRO PEREZ CASADO**

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JHON JAIRO PEREZ CASADO**, también mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍAS URGENCIAS, CIRUGÍAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y LOS CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN, de FABISALUD IPS SAS; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO:** **EL CONTRATISTA**, en su condición de médico **ORTOPEDISTA Y TRAUMATÓLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a cubrir los servicios de: CIRUGÍAS DE URGENCIAS, PRIORITARIAS Y PROGRAMADAS, en la Clínica. **PARÁGRAFO 1.** El contratista debe: a) Las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARÁGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 12 de Junio de 2020, hasta el día 11 de Junio de 2021. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** **FABISALUD IPS SAS**, pagará al **CONTRATISTA**, con ocasión del presente contrato, las siguientes TARIFAS: Por concepto de CIRUGIAS, a pacientes SOAT, al valor SOAT VIGENTE, menos el 20%; a pacientes EPS (S), PARTICULARES Y OTRAS, a la tarifa ISS mas el 15%. **PARAGRAFO 1.** Las anteriores tarifas operan, bien CIRUGIAS PRIORITARIAS, POPROGRAMADAS O DE URGENCIAS; entendiendo que las interconsultas postquirúrgicas, hacen parte del procedimiento. **PARAGRAFO 2.** Las consultas postquirúrgica, hacen parte del procedimiento; como tal, no generan pago de ninguna clase. **PARAGRAFO 3.** La suma de OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS \$833.333.00, por cada 24 horas, que el profesional esté pendiente de llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la Clínica, dentro

del cual, deberá asistir a la institución, si fuere el caso, con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por FABISALUD IPS SAS, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARÁGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificará las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del CONTRATISTA: **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con FABISALUD IPS SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por FABISALUD IPS SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SÉPTIMA: OBLIGACIONES DE FABISALUD IPS SAS:** Son obligaciones de FABISALUD IPS SAS. **1.** Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento de la CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte de la CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoría de calidad por parte de FABISALUD IPS SAS, de acuerdo a su programa de auditoría para el mejoramiento de la Calidad

**DÉCIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, FABISALUD IPS SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DÉCIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DÉCIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** FABISALUD IPS SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DÉCIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a FABISALUD IPS SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de FABISALUD IPS SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de FABISALUD IPS SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DÉCIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por FABISALUD IPS SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba FABISALUD IPS SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de FABISALUD IPS SAS.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden. En caso que FABISALUD IPS SAS pague los aportes a los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), este descontará al CONTRATISTA del valor facturado lo correspondiente a lo pagado.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni FABISALUD IPS SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DECIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder

de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. 2. De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. 3. Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: FABISALUD IPS SAS, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la CALLE 12A OESTE N° 2B1 - 24 APTO 405, Teléfono. 3184042728

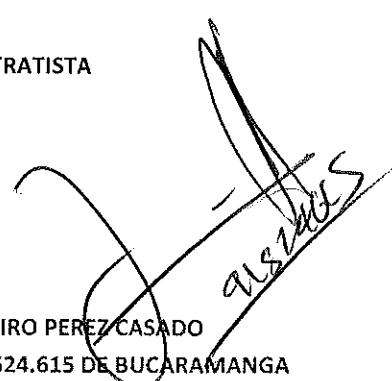
Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 26 de Junio del año dos mil veinte (2020).

EL CONTRATANTE



FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES  
Representante Legal  
FABISALUD IPS SAS

EL CONTRATISTA



JHON JAIRÓ PEREZ CASADO  
C.C. 91.524.615 DE BUCARAMANGA



## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: FABISALUD IPS SAS .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: JHON JAIRO PEREZ CASADO

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JHON JAIRO PEREZ CASADO**, también mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIAS URGENCIAS, CIRUGIAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y LOS CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN, de **FABISALUD IPS SAS**; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA**, en su condición de médico **ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a cubrir los servicios de: CIRUGIAS DE URGENCIAS, PRIORITARIAS Y PROGRAMADAS, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) Las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 12 de Junio de 2019, hasta el día 11 de Junio de 2020. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS. FABISALUD IPS SAS**, pagará al **CONTRATISTA**, con ocasión del presente contrato, las siguientes TARIFAS: Por concepto de CIRUGIAS, a pacientes SOAT, al valor SOAT VIGENTE, menos el 20%; a pacientes EPS (S), PARTICULARES Y OTRAS, a la tarifa ISS mas el 15%. **PARAGRAFO 1.** Las anteriores tarifas operan, bien CIRUGIAS PRIORITARIAS, POPROGRAMADAS O DE URGENCIAS; entendiéndose que las interconsultas postquirúrgicas, hacen parte del procedimiento. **PARAGRAFO 2.** Las consultas postquirúrgica, hacen parte del procedimiento; como tal, no generan pago de ninguna clase. **PARAGRAFO 3.** La suma de OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS \$833.333.00, por cada 24 horas, que el profesional esté pendiente de llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la Clínica, dentro del cual, deberá asistir a la institución, si fuere el caso, con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por **FABISALUD IPS SAS**, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del CONTRATISTA: **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con **FABISALUD IPS SAS**, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por **FABISALUD IPS SAS**, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE FABISALUD IPS SAS:** Son obligaciones de **FABISALUD IPS SAS**. **1.** Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento de la CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte de la CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, **FABISALUD IPS SAS**, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** **FABISALUD IPS SAS**, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a **FABISALUD IPS SAS**, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de **FABISALUD IPS SAS**, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de **FABISALUD IPS SAS**. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por **FABISALUD IPS SAS**, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba **FABISALUD IPS SAS**. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de **FABISALUD IPS SAS**.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden. En caso que **FABISALUD IPS SAS** pague los aportes a los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), este descontará al CONTRATISTA del valor facturado lo correspondiente a lo pagado.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni **FABISALUD IPS SAS** subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DECIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: **FABISALUD IPS SAS**, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la CALLE 12A OESTE N° 2B1 – 24 APTO 405, Teléfono. 3162908676

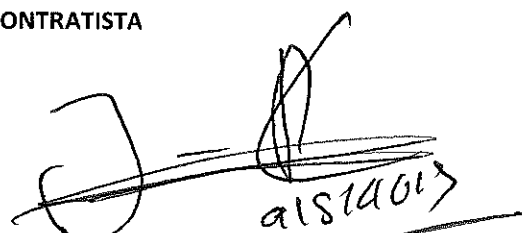
Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 11 de Junio del año dos mil diecinueve (2019).

**EL CONTRATANTE**



**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
FABISALUD IPS SAS

**EL CONTRATISTA**



**JHON JAIRO PEREZ CASADO**  
C.C. 91.524.615 DE BUCARAMANGA

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: CLINICA CRISTO REY CALI SAS .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: JHON JAIRO PEREZ CASADO

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **CRISTO REY CALI SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JHON JAIRO PEREZ CASADO**, también mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIAS URGENCIAS, CIRUGIAS PRIORITARIAS, PROGRAMADAS Y LOS CONTROLES QUE DE ESTAS SE DERIVEN, de CLINICA CRISTO REY CALI SAS; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA**, en su condición de médico **ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante CLINICA CRISTO REY CALI SAS, a cubrir los servicios de: CIRUGIAS DE URGENCIAS, PRIORITARIAS Y PROGRAMADAS, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) Las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 12 de Junio de 2018, hasta el día 11 de Junio de 2019. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS. CLINICA CRISTO REY CALI SAS**, pagará al **CONTRATISTA**, con ocasión del presente contrato, las siguientes TARIFAS: Por concepto de CIRUGIAS, a pacientes SOAT, al valor SOAT VIGENTE, menos el 20%; a pacientes EPS (S), PARTICULARES Y OTRAS, a la tarifa ISS mas el 15%. **PARAGRAFO 1.** Las anteriores tarifas operan, bien CIRUGIAS PRIORITARIAS, POPROGRAMADAS O DE URGENCIAS; entendiendo que las interconsultas postquirúrgicas, hacen parte del procedimiento. **PARAGRAFO 2.** Las consultas postquirúrgica, hacen parte del procedimiento; como tal, no generan pago de ninguna clase. **PARAGRAFO 3.** La suma de OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS \$833.333.00, por cada 24 horas, que el profesional esté pendiente de llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la Clínica, dentro del cual, deberá asistir a la institución, si fuere el caso, con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, sesenta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del CONTRATISTA: **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con CLINICA CRISTO REY CALI SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE CLINICA CRISTO REY CALI SAS:** Son obligaciones de CLINICA CRISTO REY CALI SAS. **1.** Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento dela CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte dela CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de CLINICA RISTO REY CALI SAS, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, CLINICA CRISTO REY CALI SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de CLINICA CRISTO REY CALI SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de CLINICA CRISTO REY CALI SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba CLINICA CRISTO REY CALI SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de CLINICA CRISTO REY CALI SAS.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni CLINICA CRISTO REY CALI SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DECIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

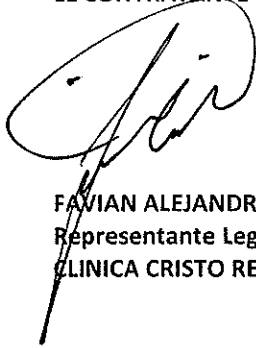
**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: CLINICA CRISTO REY CALI SAS, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la CARRERA 37 N° 5B3- 36 APTO 204, teléfono 3162908676

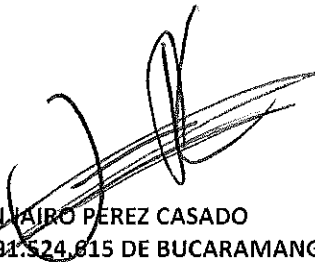
Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 12 de Junio del año dos mil dieciocho (2018).

**EL CONTRATANTE**



**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
CLINICA CRISTO REY SAS CALI

**EL CONTRATISTA**



**JHONAIRO PEREZ CASADO**  
C.C. 91.524.615 DE BUCARAMANGA





**Dr. Jhon Jairo Pérez Casado**

Universidad Autónoma de Bucaramanga  
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.



---

## HOJA DE VIDA

### DATOS PERSONALES

|                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| <b>NOMBRES</b>                | Jhon Jairo                   |
| <b>APELLIDOS</b>              | Pérez Casado                 |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>    | Septiembre 27 de 1983        |
| <b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>    | Norte de Santander /Colombia |
| <b>ESTADO CIVIL</b>           | Casado.                      |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b> | CC. 91524615 de Bucaramanga  |
| <b>TELÉFONO</b>               | 7496401<br>3162908676        |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>     | jhon_pcasado@hotmail.com     |

## **ESTUDIOS REALIZADOS**

### **SECUNDARIOS**

Colegio Padre Luis Variara  
Cúcuta - Norte de Santander  
1995 – 2000  
Bachiller con Énfasis en ciencias naturales;

### **UNIVERSITARIOS PREGRADO**

Medico general  
Facultad de Medicina  
Universidad Autónoma de Bucaramanga.  
Promoción I Semestre 2007

## **EXPERIENCIA PRÁCTICA**

**ENTIDAD:** Clínica Carlos Ardila Lulle

**ENTIDAD:** Hospital Local del Norte Bucaramanga.

**ENTIDAD:** Hospital San Juan De Dios – Floridablanca

**ENTIDAD:** Hospital San Juan De Dios – Girón

**INTERNADO ROTATORIO:** Hospital Erasmo Meoz (Cúcuta)  
Hospital Local DeL Norte

**SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**

- Hospital Juan Luis Londoño – Zulia / Norte de Santander, realizado entre el 01 enero del 2008 al 01 julio del 2008.

## **EXPERIENCIA LABORAL**

- Médico de urgencias: Unidad básica de comuneros IMSALUD, Cúcuta Norte de Santander entre agosto del 2008 a julio 2009. 8 horas.
- Traslados medicalizados: Clínica Samaritana. Los patios Cúcuta / Norte de Santander.
- Ayudantías quirúrgicas: fundación Mario Gaitán Yanguas, GINECOLOGICAS Y CIRUGIA GENERAL.
- Médico de urgencias: Saludcoop la Salle, entre 15 diciembre del 2008 al 15 diciembre del 2009.
- Médico de urgencias : Clínica San José de Cúcuta, entre octubre del 2009 a diciembre del 2009.
- Medico de urgencias: Saludcoop CAU 68, Bogota DC, Avenida carrera 68 con calle13, medico de urgencias noche 8. Desde el 17 febrero del 2010 hasta enero del 2012.
- Medico de urgencias ortopédicas: Clínica de occidente, Bogota DC, Américas con Boyacá. Turno de 7am a 1pm. Desde el 05 enero del 2011 hasta enero del 2012.
- Ortopédista: Clínica de occidente, Bogota DC, Américas con Boyacá.. Desde el febrero del 2016 hasta la fecha

## **UNIVERSITARIOS POSGRADO**

Especialidad de Ortopedia y Traumatología.

Fundación Universitaria de Ciencias de la salud.

Inicio febrero del 2012

Finalización febrero 2016.

**CURSOS Y SEMINARIOS. Ver anexo.**

**REFERENCIAS LABORALES.**

**NOMBRE :** Dr. Carlos Mario Olarte.

**PROFESION:** Médico ortopedista.

**NOMBRE :** Dr. Miguel Triana.

**PROFESION:** Médico ortopedista.

**Jhon Jairo Pérez Casado**

**Medico UNAB**

**C.C. # 91524615**

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
91.524.615

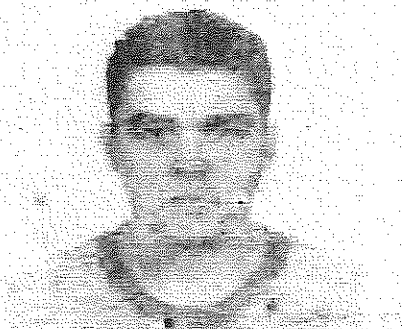
NUMERO

PEREZ CASADO

APELLIDOS

JHON JAIRO

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1983  
CUCUTA  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G.S. RH

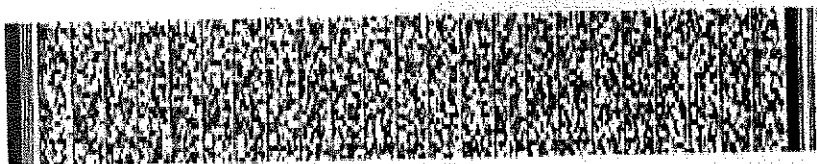
M

SEXO

14-DIC-2001 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL  
ALBALETRAS RENAIRO LOPEZ



A-2500100-57 139355-M-0091524615-20050721

0580005202A 02 188392735

República de Colombia

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

Constitución por Ley del 20 de Mayo de 1967 del Ministerio de Educación

El Consejo Académico y el Rector en atención

**JHON JAIRO PEREZ CASADO**

C. C. 91.824.816 de Bucaramanga

ha cumplido las normas legales y los requisitos académicos exigidos por la Universidad, el cual le otorgan, con los derechos, obligaciones y prerrogativas correspondientes, el título de

**MEDICO**

Se expide el presente diploma en Bucaramanga el 14 de Diciembre de 2007



Escudo Nacional de Colombia

*[Firma]*

RECTOR

2007

2007

2007

2007

2007

*[Firma]*

AL SEÑOR DELEGADO

*[Firma]*

DECANO

Registrado al Libro N° 365 - 1947 - del Libro N° 2

de 2007

LA NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCUITO  
DE CÚCUTA - QUINAPAMANGA  
HACE CONSTAR  
Que esta fotocopia coincide con  
el original que he tenido a la vista  
Fecha 22 OCT 2010





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
UNAB  
CALLE 100 No. 200-000

ACTA DE GRADO No. 408  
Libro 2 Folio 550-1691

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA - UNAB  
Facultad de Ciencias de la Salud

En la ciudad de Bucaramanga, Depart. Norte de Santander, República de Colombia, a los 14 días del mes de Diciembre de 2007, en el aula máxima de la Universidad, se celebró la ceremonia de graduación de **JHON JAIRO PEREZ CASADO**, identificadora con la cédula de ciudadanía No. 91 524 615 de Bucaramanga.

El grado fue aprobado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Prácticas Académicas de Medicina, según Acta No. 14 de Noviembre 28 de 2007, y ratificado por el Consejo Académico según Acta No. 532 de Noviembre 30 de 2007, previa comprobación de que el aspirante cumplió los requisitos exigidos para el grado.

El Rector Dr. Alberto Montoya Puyana, tomó juramento al graduado, hecho lo cual le hizo entrega del diploma que lo acredita como **MEDICO**.

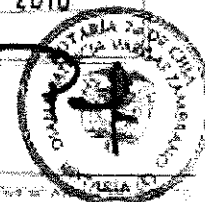
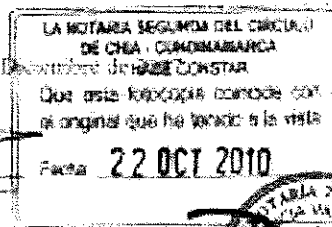
El Programa de Medicina está autorizado legalmente para otorgar este título en virtud del Acuerdo No. 036 de Febrero 1 de 1998.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta a los 14 días del mes de Diciembre de 2007.

Alberto Montoya Puyana, Rector (fdo), Luz Marina Ciro Morales, Decana (fdo), Ester Rueda Prada, Secretaria General (fdo) (Bdo).

Es fiel copia tomada del original a los 14 días del mes de Diciembre de 2007.

  
ESTER RUEDA PRADA



REGISTRO NO: 49449

DESTINO: CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S

DIRECCION: AVENIDA SNORTE N° 22-26

CALI-VALLE DEL CAUCA



5-

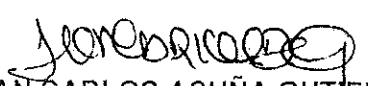
Bucaramanga,

Doctora  
Derly Margoth Macias Chinchajoy  
Aprendiz  
Clinica Cristo Rey  
Santigo de Cali

Asunto: Verificación de título 67797

En respuesta a su comunicación de fecha 14 de junio de 2018, me permito informar que revisado el Diploma anexo de Médico del señor Jhon Jairo Perez Casado, identificado(a) con cédula de ciudadanía N°91.524.615 de Bucaramanga, confirmo que fue expedido por nuestra institución el día 14 de diciembre de 2007 y la información es verídica.

Cordialmente,

  
 **JUAN CARLOS ACUÑA GUTIERREZ**  
Secretario General y Jurídico

MarcelaG-S  
Archivar en : Verificaciones de título



## Aprendiz Gestion Humana

---

**De:** Aprendiz Gestion Humana <aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co>  
**Enviado el:** viernes, 15 de junio de 2018 9:38  
**Para:** 'secretaria@unab.edu.co'  
**Asunto:** VERIFICACION DE TITULO  
**Datos adjuntos:** 20180615072157630.pdf

Buenos días  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

Cordial saludo

La Clínica Cristo Rey Cali, se dirige hacia ustedes con el motivo de que nos verifique el título de JHON JAIRO PEREZ CASADO, en el archivo adjunto la carta de la solicitud, documentos y datos del profesional. Agradecemos su respuesta

Cordialmente,



**Derly Margoth Macias Chinchajoy**

*Aprendiz Gestión Humana*

[aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co](mailto:aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co)

Tel: +57 2 387 6910 Ext.: 309

☒ No me imprimas si no es necesario. Protejamos el medio ambiente

Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si usted no es el destinatario a quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desahogar de su sistema.



Santiago de Cali, 15 de Junio de 2018

Señores

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA**

Of. Registro Académico

ASUNTO: Verificación de Título

Cordial Saludo,

Con el fin de realizar el proceso de verificación de títulos, según se encuentra establecido en la normatividad vigente, para efectos de vinculación y/o contratación, solicito a Ustedes se sirvan certificar el título de grado de las siguientes personas:

| NOMBRE                     | CEDULA     | TITULO | FECHA GRADO             |
|----------------------------|------------|--------|-------------------------|
| JHON JAIRO PEREZ<br>CASADO | 91.524.615 | MEDICO | 14 DE DICIEMBRE DE 2007 |

Favor, sírvase dirigir su respuesta a CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S, NIT 900.951.033-8, Avenida 5 Norte N° 22-26 o al correo [aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co](mailto:aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co)

Atentamente,

  
BERLY MARGOTH MACÍAS CHINCHAJÓY  
Aprendiz de gestión humana  
Clínica Cristo Rey Cali S.A.



**Dirección:**

**Entrada Principal: Calle 23 Norte 3-71- Entrada Urgencias: Avenida 4 Norte 22-46**

Santiago de Cali 12 Junio de 2018

Señores  
**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA**  
Of, Registro académico

Cordial saludo

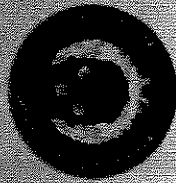
Yo **JHON JAIRO PEREZ CASADO** con cedula de ciudadanía **91.524.615** de Bucaramanga, egresado de la facultad de medicina autorizo a la **CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S** con NIT 900951033-8 la verificación de mi título universitario de **MEDICO**.

Quedo al pendiente de la solicitud

Gracias

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'J' followed by a series of loops and a long horizontal stroke.

**JHON JAIRO PEREZ CASADO**  
**CC. 91.524.615 DE BUCARAMANGA**



FUCS

República de Colombia  
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la  
**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS**  
Personería Jurídica 10917 del 1° de diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

## Facultad de Medicina

En atención a que

**Jhon Jairo Pérez Casado**

C. E. 91.524.615 de Bucaramanga

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

**Especialista en Ortopedia y Traumatología**

En Bogotá, D.C., Colombia el 16 de marzo de 2016

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

  
Presidente Consejo Superior

  
Secretario General

  
Rector

  
Decano

  
Vicerrector

  
Secretario Académico

Número de Registro 1625 Número de Folio 056

1197





**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS**  
Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

## **Acta de Grado No. 141**

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los dieciséis (16) días del mes de marzo de 2016, en la Facultad de Medicina de conformidad con el acuerdo No. 3499 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, sesión ordinaria No. 430 del 01 de marzo de 2016; se realizó acto solemne para otorgar el título de:

### **Especialista en Ortopedia y Traumatología**

a

### **Jhon Jairo Pérez Casado**

Identificado con cédula de ciudadanía No. 91.524.615 de Bucaramanga, como consta en el acta 141, folio 001 del libro de actas de grado No. 3.

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

En el diploma de grado aparecen las firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Álvaro Granados Calixta, Decano, Oscar Eduardo Mendoza Ramírez, Secretario Académico y para constancia de lo anterior, se firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los dieciséis (16) días del mes de marzo de dos mil dieciséis (2016).

  
MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS  
Secretario General

Código de Aprobación SNIES No. 3846



# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Institución de Educación Superior sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional de Colombia, con Personería Jurídica reconocida mediante Resolución 10917 de 1976 y ratificada mediante Resolución 763 de 2009,

Disposiciones expedidas por el mismo Ministerio.

Bogotá, 14 de Junio 2018

Señores

**CLÍNICA CRISTO REY**

Atn: Talento Humano

Ref. Verificación de título

De acuerdo a su solicitud, me permito a continuación constatar el título del (los) egresado(s) referenciado(s) en su comunicación.

|                 |                                           |
|-----------------|-------------------------------------------|
| Identificación  | 91.524.615                                |
| Graduado        | <b>PÉREZ CASADO JHON JAIRO</b>            |
| Nivel           | POSGRADO                                  |
| Acta No.        | 141                                       |
| Folio           | 001                                       |
| Fecha de grado  | 16 Marzo 2016                             |
| Título otorgado | ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA |

Se expide en la ciudad de Bogotá, a los catorce (14 días del mes de Junio del año dos mil dieciocho (2018).

  
**MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS**  
Secretario General  
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

/Johana Jiménez.

## Aprendiz Gestion Humana

---

**De:** Aprendiz Gestion Humana <aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co>  
**Enviado el:** viernes, 15 de junio de 2018 10:02  
**Para:** 'informacion@fucsalud.edu.co'; 'REGISTRO Y CONTROL'  
**Asunto:** VERIFICACION DE TITULO  
**Datos adjuntos:** 20180615074632235.pdf; 20180615075051723.pdf

Buenos días  
FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD -FUCS  
Cordial saludo

La Clínica Cristo Rey Cali, se dirige hacia ustedes con el motivo de que nos verifique el título de JHON JAIRO PEREZ CASADO, en el archivo adjunto la carta de la solicitud, documentos y datos del profesional. Agradecemos su respuesta

Cordialmente,



**Derly Margoth Macias Chinchajoy**

*Aprendiz Gestión Humana*

[aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co](mailto:aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co)

Tel: **+57 2 387 6910 Ext.: 309**

☒ No me imprimas si no es necesario. Protejamos el medio ambiente

Este correo electrónico contiene información legal confidencial y privilegiada. Si Usted no es el destinatario a quien se le envía este mensaje, queda prohibido darle a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y destruirlo de su sistema.



Santiago de Cali, 15 de Junio de 2018

Señores

**FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS**

Of. Registro Académico

ASUNTO: Verificación de Título

Cordial Saludo,

Con el fin de realizar el proceso de verificación de títulos, según se encuentra establecido en la normatividad vigente, para efectos de vinculación y/o contratación, solicito a Ustedes se sirvan certificar el título de grado de las siguientes personas:

| NOMBRE                     | CEDULA     | TITULO                                       | FECHA GRADO         |
|----------------------------|------------|----------------------------------------------|---------------------|
| JHON JAIRO PEREZ<br>CASADO | 91.524.615 | ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y<br>TRAUMATOLOGIA | 16 DE MARZO DE 2016 |

Favor, sírvase dirigir su respuesta a CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S, NIT 900.951.033-8, Avenida 5 Norte N° 22-26 o al correo [aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co](mailto:aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co)

Atentamente,

  
DERLY MARGOTH MACÍAS CHINCHAJÓY  
Aprendiz de gestión humana  
Clínica Cristo Rey Cali S.A.



**Dirección:**

**Entrada Principal:** Calle 23 Norte 3-71- **Entrada Urgencias:** Avenida 4 Norte 22-46



Santiago de Cali 12 Junio de 2018

Señores

**FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD-FUCS**

Of, Registro académico

Cordial saludo

Yo **JHON JAIRO PEREZ CASADO** con cedula de ciudadanía **91.524.615** de Bucaramanga, egresado de la facultad de medicina autorizo a la **CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S** con NIT 900951033-8 la verificación de mi título universitario de especialización en **Ortopedia y Traumatología**.

Quedo al pendiente de la solicitud

Gracias

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, positioned above the printed name.

**JHON JAIRO PEREZ CASADO**  
**CC. 91.524.615 DE BUCARAMANGA**

**CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS MEDICAS**  
**CEEM EDUCACIÓN CONTINUA - NIT.1130637319-1**

*Educación informal Decreto 4904 / 2009 Ministerios de Educación*

**HACE CONSTAR QUE**

**JHON JAIRO PEREZ CASADO**

CC. 91.524.615

**ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL PROGRAMA ACADÉMICO DE**  
**SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO**

**CORFORME A LOS ÚLTIMOS LINEAMIENTOS DE LA AHA, ERC Y RESOLUCIÓN 2003/2014**  
**CON UNA INTESIDAD DE 48 HORAS**

*Para constancia se firma en la ciudad de Cali a los 06 días del mes de Octubre del año 2018*

**VICTOR RUIZ HERNÁNDEZ**  
*Director Académico*

Registro de curso #061018.02



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

ENTIDAD ÚNICA DEL  
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

54 1438/2008

Procedimiento de gestión

Resolución

PRE-DICU

Resolución y Aprobación

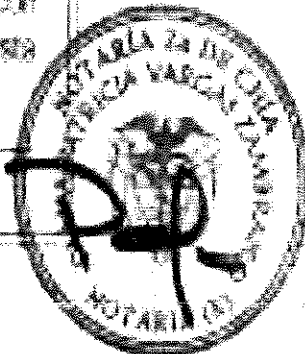
JHON JAIRO PEREZ CASADO

COPIA

54

INTEGRACIÓN  
LA NOTARÍA SEGUNDA DEL CIRCULO  
U.N.A. BSE CMA - BUENRAMANA  
60742/3 RACE CONSTR  
Que este fotocopia coincide con  
el original que he tenido a la vista  
Fecha 2 OCT 2010

01/10/09



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Por (Firma)

ESTE DOCUMENTO SE EMITE EN VIRTUD DE LA LEY 1472 DE 2011, POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EN ESPECIAL EN SU ARTÍCULO 10, QUE ESTABLECE LA CREACIÓN DE LA ENTIDAD ÚNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EN EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

 **REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**FUERZAS MILITARES**  
Fuerzas Armadas de Colombia  
Fuerzas Militares

NÚMERO **91524615**

APELLIDOS Y NOMBRES  
**PEREZ CASADO**  
**JHON JAIRO**

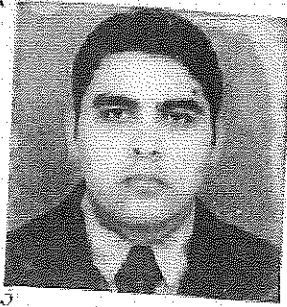
PERTENECE AL EJERCITO DE

1ª LINEA 21-DIC-2013 2ª LINEA 31-DIC-2023 3ª LINEA 31-DIC-2035

PROFESIÓN **BACHILLER**

FECHA DE EXP. **16-SEP-2007**

  
COTE DE DISTRITO



 **REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**  
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL  
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden **54** **1958/2008** Registro No.

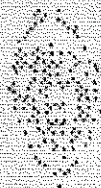
Profesión u Ocupación  
**MEDICO**

Nombres y Apellidos  
**JHON JAIRO PEREZ CASADO**

C.C. o C.E. **C** **91524615** De **BUCARAMANGA**

Institución de Educación **U.N.A.B** Ciudad **BUCARAMANGA**

Código **60742/54** Fecha de Expedición **01/10/09**



**Gobernación  
de Norte de  
Santander**

NIT. 890.500.890-3



**RESOLUCION No.**

**01958**

**30 JUL 2008**

Por la cual se autoriza el ejercicio de una Profesión .

**LA DIRECTORA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER**  
En cumplimiento al Decreto 0826 Marzo 27 del 2008 del Ministerio de Protección Social, Y

**CONSIDERANDO :**

Que **JHON JAIRO PEREZ CASADO**, Identificado con la cédula de ciudadanía 91.524.615 expedida en Bucaramanga, ha solicitado la Autorización del Ejercicio Profesional como **MEDICO**, título que le otorgó La Universidad Autónoma de Bucaramanga de la ciudad de Bucaramanga, el día 14 de Diciembre del 2007, según Acta de Grado Libro No. 408 .

Que dicho título se encuentra registrado al Folio 550 - 16491 Libro 02 y Diploma sin número de la respectiva Universidad .

Que cumplió con su año social obligatorio en la **ESE Hospital Juan Luis Londoño de El Zulia**, por el tiempo de servicio comprendido desde Enero 26 del 2008 hasta Julio 24 del 2008 . Según Resolución 02686 de Diciembre 03 del 2002 el servicio social para esa plaza es de seis meses .

**RESUELVE**

**ARTICULO PRIMERO .-** Autorizar a **JHON JAIRO PEREZ CASADO**, Identificado con la cédula de ciudadanía 91.524.615 expedida en Bucaramanga, para ejercer la profesión de **MEDICO** en todo el Territorio Nacional .

**PARÁGRAFO .** Para poder ejercer la Profesión o la Especialización en zona geográfica diferente a donde se registro el título, la persona deberá inscribir su nombre en La Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y Vigilancia que le corresponde .

**NOTA :** A la presente diligencia se adhieren y anulan estampillas a favor del Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta por valor de \$3.800 y comprobante de La Secretaría de Hacienda 155805 por \$13.700.00 .

**ARTICULO SEGUNDO .-** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición .

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Expedida en Cúcuta a

**30 JUL 2008**

**NELLY PATRICIA SANTAFE ANDRADE**  
**DIRECTORA**

Elaborado : Patricia G.  
Revisado : Henry M.



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER**  
**E.S.E HOSPITAL JUAN LUIS LONDOÑO - EL ZULIA**  
Nit : 807.004.665-3

**RESOLUCIÓN No.048**

**JULIO 25 DE 2008.**

**POR MEDIO DE LA CUAL SE TERMINA UN SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.**

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JUAN LUIS LONDOÑO DEL MUNICIPIO DE EL ZULIA (N. DE S.), EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y ESTATUTARIAS Y,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Dar por terminado los Servicios del Dr. **JHON JAIRO PEREZ CASADO** identificado con la c.c. 91.524.615, Medico Pural en cumplimiento del Servicio Social Obligatorio en la E.S.E. HOSPITAL JUAN LUIS LONDOÑO DE EL ZULIA.

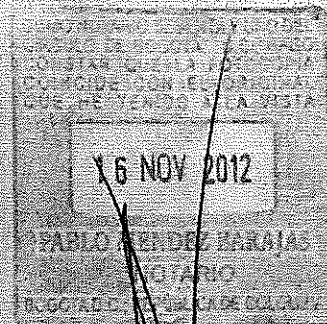
**ARTICULO SEGUNDO:** Reconocer el Servicio Social Obligatorio del Dr. **JHON JAIRO PEREZ CASADO** cumplido del 26 de ENERO de 2008 al 25 de JULIO de 2008.

**Comuníquese y Cúmplase.**

El Zulia, JULIO 25 de 2008.

  
**CLAUDIA MORENO CASTRO**  
Gerente

RESOLUCIÓN No.048  
RESOLUCIONES  
01/07/08



Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1



SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES  
Sistema Integral de Información de la Protección Social

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nac

|                          |                            |                 |        |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|--------|
| Tipo de Identificación * | Número de Identificación * | Primer Nombre * | Primer |
| Cédula de Ciudadanía     | 91524615                   |                 |        |

Confirme los números de la Imagen \*

5 1 39



Cambiar

9702

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2019-12-03→10:20:19 AM

| Tipo           | Nro.     | Primer   | Segundo | Primer | St |
|----------------|----------|----------|---------|--------|----|
| Identificación | Nombre   | Apellido |         |        |    |
| CC             | 91524615 | JHON     | JAIRO   | PEREZ  | C. |

Información Detallada [CC: 91524615] JHON JAIRO PEREZ CAS

2019-12-03→10:20:19 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación          | Fecha desde ejerc |
|---------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------|
| UNV           | Local                   | MEDICINA                       | 2008-0            |
| ESP           | Local                   | ESPECIALIZACION EN ORTOPEdia Y | 2016-0            |

## 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 \*

Número de Identificación \*

Cédula de Ciudadanía ▼

91524615

Primer Nombre \*

Primer Apellido \*

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

## Resultado General

| Tipo<br>Identificación | Nro.<br>Identificación | Primer<br>Nombre | Segundo<br>Nombre | Primer<br>Apellido | Segundo<br>Apellido | Detalles            |
|------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| CC                     | 91524615               | JHON             | JAIRO             | PEREZ              | CASADO              | <a href="#">Ver</a> |

## Información Detallada [CC: 91524615] JHON JAIRO PEREZ CASADO

## Información Académica

| Tipo<br>Programa | Origen<br>Título | Obtención | Profesión u<br>Ocupación | Fecha desde que puede<br>ejercer | Entidad Reportadora                  |
|------------------|------------------|-----------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| UNV              | Local            |           | Medicina                 | 2008/7/30                        | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE<br>SALUD |

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



*Tribunal Nacional de Ética Médica*  
*Ley 23/81 - Artículo 63*

C-2465

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

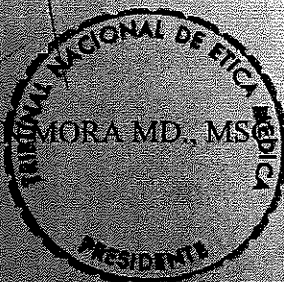
**NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA**

**MANIFIESTA:**

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **JHON JAIRO PEREZ CASADO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 91524615 de Bucaramanga y T.P. o R.M. No. 54-1958/2008 del(a) Ministerio de la Protección Social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno..

Dada en Bogotá, D. C., a los veintisiete (27) días del mes de junio de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

JAIME FERNANDO GUZMÁN MORA MD., MSC  
Presidente



# Medicentro Familiar I. P. S.

## Ética y Calidad en Salud

Medicina Especializada.

20 Años al Servicio de la Salud.



VIGILADO Supersalud 

Nº 1898

Bogotá, Junio 22 de 2017

LA SUSCRITA GERENTE DE  
MEDICENTRO FAMILIAR I.P.S.

### CERTIFICA:

Que el Doctor JHON JAIRO PEREZ CASADO identificado con la cédula de Ciudadanía número 91.524.615 de Bucaramanga trabaja con nuestra I.P.S. como contratista desempeñando servicios de ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO, bajo la modalidad de contrato por prestación de servicios desde el 1 de MARZO de 2017 hasta la fecha y por tiempo indefinido, con un ingreso promedio mensual de SIETE MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE Y LEGAL (\$ 7.140.000)

Se emite la presente certificación a solicitud del interesado en Bogotá a los VEINTIDOS (22) días del mes de Junio de 2017

Cordialmente;

LILIANA ANGEL ALVAREZ  
Gerente  
Medicentro Familiar I.P.S.  
Cel: 3108062745



Medicentro Familiar I.P.S. SAS  
Ética y Calidad en Salud  
NIT: 900.385.624-1

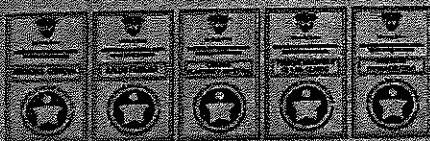
Liliana Angel Alvarez  
Gerente

Calle 20 No. 98 - 62 - Bogotá, D.C.  
Tels: 267 3050 - 418 1962 Cel.: 310 806 2745

ESCUELA DE SALUD DE BOGOTÁ



VISITENOS  
[www.escueladesaludbogota.com](http://www.escueladesaludbogota.com)



114010001-0003801-114010001-0003801-114010001-0003801-114010001-0003801-114010001-0003801

Calle 20 No. 98 - 62 - Bogotá, D.C.  
Tels.: 267 3050 - 418 1962 Cel.: 310 806 2780  
E-mail: [airomeromd@yahoo.es](mailto:airomeromd@yahoo.es)  
[medicentrofamiliarips@gmail.com](mailto:medicentrofamiliarips@gmail.com)





## **CERTIFICACIÓN LABORAL**

**ORTOTRAUMA INTEGRAL S.A.S.**, identificada con el NIT: **900.514.194-1**, **CERTIFICA** que el Doctor **JHON JAIRO PEREZ CASADO**, identificado con C.C. 91.524.615 de Bucaramanga, labora en esta compañía desempeñando el cargo de **ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO** desde Junio del 2015, realizando sus funciones en la **CLINICA DEL OCCIDENTE**, con ingresos promedio mensual de \$ 25.000.000 (Veinticinco millones de pesos), con un contrato por prestación de servicios de acuerdo a la productividad mensual, a término indefinido.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Junio del 2017.

Atentamente,

**PIEDAD CAROLINA MELO GARCIA.**  
**JUNTA ADMINISTRATIVA**  
**ORTOTRAUMA INTEGRAL SAS.**  
**4254620 EXT 240 – 317 319 47 22.**

**ORTOTRAUMA INTEGRAL SAS**  
**NIT. 900.514.194-1**

Av. Américas No 71 C 29 Tels: 4254620 Ext. 240/ 317 319 47 22.



SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**  
**CONVENIO SCARE**

|                                                                          |                                                                                                                 |                                           |                                                                                                                |                              |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTA, D.C.                                     | SUCURSAL<br>AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93                                                                      | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No.<br>62-03-101033609                                                                                  | ANEXO No.<br>2               |
| TOMADOR <b>SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE</b> |                                                                                                                 |                                           | NIT                                                                                                            | 860.020.082-1                |
| DIRECCION <b>KR 15 A NRO. 120 - 74</b>                                   |                                                                                                                 |                                           | CIUDAD                                                                                                         | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT |
| ASEGURADO <b>JHON JAIRO PEREZ CASADO</b>                                 |                                                                                                                 |                                           | TELEFONO                                                                                                       | 6196077                      |
| DIRECCION <b>CR 37 N° 5B3 - 41</b>                                       |                                                                                                                 |                                           | CC                                                                                                             | 91.524.615                   |
| CIUDAD <b>CALI, VALLE</b>                                                |                                                                                                                 |                                           | TELEFONO                                                                                                       | 3162908676                   |
| BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>                                   |                                                                                                                 |                                           | NIT                                                                                                            | 0-0                          |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>23 / 01 / 2019                         | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)<br>24 / 01 / 2019<br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)<br>24 / 01 / 2020 |                                           | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)<br>24 / 01 / 2019<br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)<br>24 / 01 / 2020 |                              |
| INTERMEDIARIO<br>AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.                           |                                                                                                                 | CLAVE<br>72960                            | % PARTICIPACION<br>100.00                                                                                      | COMPANIA<br>COASEGURO CEDIDO |
|                                                                          |                                                                                                                 |                                           |                                                                                                                | % PARTICIPACION              |

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

| DESCRIPCION                                                                    | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA      | % INVAR | SUBLIMITE |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL                                                          |                     | \$ 1,081,246,608.00 |         |           |
|                                                                                | ERRORES U OMISIONES | \$ 1,081,246,608.00 |         |           |
| DEDUCIBLES: ° 331,246,608.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES |                     |                     |         |           |

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                          |                |                    |
|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****1,081,246,608.00 | PRIMA:         | \$ *****257,933.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO |                          | IVA:           | \$ *****49,007.00  |
|                       |                          | TOTAL A PAGAR: | \$ *****306,940.00 |

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

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

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30.07.2018.1329.P.06.ERC001A, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11021101381707 (3900) 000000306940 (96) 20200710

REFERENCIA  
PAGO:  
1102110138170-7

62-03-101033609

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

Suc. Ramo poliza Anexo SecImp  
015 LB 642882 1 2



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIONAL MEDICOS, ODONTOLOGOS, SECTOR SANIDAD - CLAIMS MADE

ORIGINAL

PAG.: 2

Ciudad y fecha de expedición

CALI - 2017-12-11

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2017-12-21 00:00.- Hasta: 2018-12-21 24.00. Fecha de Novedad 2017-12-21 06419 - ASESORIA INTEGRAL

Tomador : CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Nit.: 890.307.200-5

Dirección : CRA.38BIS NO.5 B2-04

Ciudad: CALI

Telefono: 000006821000

Asegurado : PEREZ CASADO JHON JAIR

C.C.: 91,524,615

Dirección : CR 37 No. 5B3 - 41

Ciudad: CALI

Telefono: 003152575737

Beneficiario: TERCEROS AFFECTADOS

Dirección del Riesgo: TERRITORIO NACIONAL/CENTRO MEDICO IMBANACO

CALI

Actividad: ESPECIALISTA EN CIRUGIA, UROLOGIA, OPTALMOLOGIA, RADIOLOGIA

CONDICIONES GENERALES: NOVIEMBRE DE 2016

PERIODO DE RETROACTIVIDAD: UN (1) AÑO CONTADO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA, VER CONDICIONADO GENERAL DE POLIZA / EXCLUSIONES: RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR PRÁCTICA DE LAPROFESIÓN CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOS O LA TERAPIA / PERSONAS QUE NO ESTÉN DEBIDAMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN / CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTIC SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR AA UN ACCIDENTE O CORRECTIVA / - TRATAMIE DESTINADOS A IMPEDIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN / DAÑOS GENETICO/ -DAÑOS RELACIONADOS CON SIDA O CON V APLICACIÓN DE ANESTESIA DE SANGRE/REEMBOLSO DE DINERO /APLICACIÓN DE ANESTESIA GEN.SINO ES REALIZADA POR UN ESPECIALISTA EN ANESTESIA. DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SEGUN CLAUSULADO LIBERTY

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN LA SOLICITUD DE SEGURO, LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. (ART. 1068. C.Co).

Sucursal SUCURSAL CALI - CALLE 23 NORTE NO. 4N - 50 PIS Tel. 6603050

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES: Calle 72 N° 10-07 Piso 8. Bogotá D.C.

Las condiciones generales de su poliza se pueden descargar de nuestra pagina [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co) en el Link : Los productos/Generales y Fianzas/Clausulados de Generales/Responsabilidad Civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 01 8000 113390 ó desde Bogotá 307 7050 de Lunes a Sábado de 8 a.m. a 8 p.m. Si lo prefiere escribanos a [servicioalcliente@libertycolombia.com](mailto:servicioalcliente@libertycolombia.com)

Si usted desea verificar la validez de la póliza recibida por favor comuníquese en Bogotá al 3077050 en resto del país al 018000115569 /018000113390.

TOMADOR

LIBERTY SEGUROS S.A.

Nit. 860.039.988-0

Firma Autorizada

E4DMC3JZ2MGUPHEMZ2UT44OWIE=====

SOMOS UNOS GRANDES CONTRIBUYENTES ACT. ECONOMICA 6601.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

Suc. Ramo poliza Anexo SecImp  
015 LB 642882 1 2



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIONAL MEDICOS, ODONTOLOGOS, SECTOR SANIDAD - CLAIMS MADE

ORIGINAL

PAG.: 1

ANEXO DE RENOVACION

Ciudad y fecha de expedicion

CALI - 2017-12-11

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2017-12-21 00:00.- Hasta: 2018-12-21 24.00. Fecha de Novedad 2017-12-21 06419 - ASESORIA INTEGRAL

Tomador : CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Nit.: 890.307.200-5

Direccion : CRA.38BIS NO.5 B2-04

Ciudad: CALI

Telefono: 000006821000

Asegurado : PEREZ CASADO JHON JAIRO

C.C.: 91,524,615

Direccion : CR 37 No. 5B3 - 41

Ciudad: CALI

Telefono: 003152575737

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: TERRITORIO NACIONAL/CENTRO MEDICO IMBANACO

CALI

Actividad: ESPECIALISTA EN CIRUGIA, UROLOGIA, OFTALMOLOGIA, RADIOLOGIA

CONDICIONES GENERALES: NOVIEMBRE DE 2016

| AMPARO                         | VR. ASEGURADO      | DEDUCIBLE                   | PRIMA                         |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| RESP. CIVIL PROFESIONAL MEDICA | 500,000,000.00 COP | 10 % Minimo 1,000,000 Pesos | 405,000.00                    |
| PRIMA: COP                     | 405,000.00 GASTOS: | IVA: COP                    | 76,950 VALOR A PAGAR: 481,950 |

OBJETO DE LA MODIFICACION:

DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO

RENOVACION POLIZA DE ACUERDO A BPM- 2017122958

CUBRE LOS PERJUICIOS POR ERRORES U OMISIONES INVOLUNTARIAS QUE EL ASEGURADO HAYA CAUSADO CON OCASION DEL DESARROLLO DE SU PROFESION ORTOPEDIA LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE ESTA COBERTURA INCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR ERRORES U OMISIONES IN VOLUNTARIAS COMETIDOS POR EL PERSONAL EN EL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISION LEGAL DEL ASEGURADO.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES: CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL

EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO POR LOS DAÑOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DELA PROPIEDAD, POSESION, USO DE PREDIOS EN DONDE DESARROLLA SU PROFESION Y QUE APARECEN EN LA CARATULA DE LA POLIZA COMO PREDIOS ASEGURADOS.

GASTOS DE DEFENSA: EL AMPARO CUBRE LAS COSTAS Y GASTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO EN EL PROCESO CIVIL QUE UN PACIENTE O SUS CAUSAHABIENTES, PROMUEVAN EN SU CONTRA POR EVENTOS AMPARADOS EN ESTA POLIZA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: SUBLIMITE: VIGENCIA \$500.000.000 / EVENTO 500.000.000 / DEDUCIBLE 10% MINIMO 1 SMMMLV

PREDIOS LABORES Y OPERACIONES: SUBLIMITE VIGENCIA \$500.000.000/ EVENTO 500.000.000/ DEDUCIBLE 10% MINIMO 1 SMMMLV

GASTOS DE DEFENSA: SUBLIMITE VIGENCIA \$150.000.000/ EVENTO 150.000.000/ DEDUCIBLE: SIN DEDUCIBLE

PREJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: VIGENCIA \$250.000.000 / EVENTO 250.000.000//DEDUCIBLE: 10% MINIMO 1 SMMMLV

MODALIDAD DE COBERTURA: CLAIMS MADE O RECLAMACION

E4DMC3JZ2MGUPHEMZUT44OWIE=====

SOMOS UNOS DE LOS GRANDES CONTRIBUYENTES ACT. ECONOMICA 6801.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO



**ASESORIA INTEGRAL EN SEGUROS Y SALUD LTDA**

Nit 805.013.333-4

**¡Excelencia en asesoría es nuestro servicio!**

CML-03-017

## FORMATO ENTREGA POLIZAS SEGUROS GENERALES

Fecha: DICIEMBRE 18/2017

Empresa: CENTRO MEDICO IMBANACO

Nombre del Cliente: PEREZ CASADO JHON JAIRO

Nos permitimos adjuntar póliza original expedida con la Compañía Aseguradora LIBERTY SEGUROS, con las siguientes características:

Producto: R.C. ☒ CUMPLIMIENTO ☐ HOGAR ☐  
EXEQUIAS ☐ VIDA ☐ PYME ☐

Póliza No. 642882

Vigencia: DESDE DICIEMBRE 22/2017 HASTA DICIEMBRE 21/2018

Valor asegurado: \$ 500000000

Valor Prima: \$ 481950

Fecha Límite Pago: N/A

De acuerdo a lo conversado con nuestro colaborador Comercial su forma de pago será De Contado.

Cualquier inquietud favor comunicarse al 8800077, Celular 317 3668909, correos electrónicos [coord.operaciones-ventas@aissltda.com](mailto:coord.operaciones-ventas@aissltda.com)

**Le recordamos que no estamos autorizados para recibirle dinero en efectivo**

Cordialmente,

Manuel Alejandro Acosta C.

**Coordinador de Operaciones y Ventas**

**Firma de Recibido**

Modificado por:  
Área Organizacional

marzo/2017

Módulo de Operaciones y Ventas



Oficina Principal Cali: Cra. 3 No. 12-40 Of. 408  
T 880 0077 C 3173668909  
E [servicioalcliente@aissltda.com](mailto:servicioalcliente@aissltda.com)  
Sucursales:  
Bogotá: T 7954597 C 318 330 7167  
Medellín: T 4034803 C 317 366 8876  
Buga: C 318 834 6541  
[www.aissltda.com](http://www.aissltda.com)







## Certificado de Afiliación

El Señor JHON JAIRO PEREZ CASADO, identificado con Cédula Ciudadanía 91.524.615, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

### Información del Afiliado:

|                                 |                         |                       |                                |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Nombre:                         | JHON JAIRO PEREZ CASADO | Tipo Identificación:  | Cédula Ciudadanía              |
| Número de identificación:       | 91524615                | Fecha de retiro:      |                                |
| Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):  | 01/08/2017              | Razón de estado:      | Al día - empleador pago al día |
| Estado actual:                  | VIGENTES                | Nombre de Régimen     | CONTRIBUTIVO                   |
| Tipo de Afiliado:               | COTIZANTE               | Municipio residencia: | Bogotá D.C.                    |
| Dirección actual de residencia: | CRA 71F 12B 51          | Depto. Residencia:    | SANTAFE DE BOGOTA DC           |
| Teléfono actual de residencia:  | 7496401                 |                       |                                |

| Documento Aportante | Razón Social            | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|---------------------|-------------------------|--------------|-----------|
| 91524615            | JHON JAIRO PEREZ CASADO | 01/08/2017   |           |

### Información de los beneficiarios:

| Tipo de Afiliado | Identificación | TD | Nombre | Fecha afiliación | Estado | Fecha retiro | Parentesco |
|------------------|----------------|----|--------|------------------|--------|--------------|------------|
|------------------|----------------|----|--------|------------------|--------|--------------|------------|

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 4 días del mes de Agosto de 2017, a solicitud del interesado.

**\*\*INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION\*\***

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.  
DECRETO 806 ART. 55**

ORDINALMENTE

Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

| Biológico                      | Dosis | Fecha    | Fabricante y Lote | Firma   |
|--------------------------------|-------|----------|-------------------|---------|
| Sarampión Rubéola              | Única |          |                   |         |
| Toxoides Tetánico Difterico Td | 1     | 12-05-08 | 05254284          | [Firma] |
|                                | 2     | 12-05-08 | 0590467           |         |
|                                | 3     |          |                   |         |
|                                | 4     |          |                   |         |
|                                | 5     |          |                   |         |
| Contra Hepatitis B             | 1     | 12-02-08 | 0430034           | [Firma] |
|                                | 2     | 12-05-08 | 0430042           |         |
|                                | 3     | 12-05-08 | 0430190           |         |

| Biológico              | Fecha   | Fabricante y Lote | Validez | Firma   |
|------------------------|---------|-------------------|---------|---------|
| Contra Fiebre Amarilla | 9-07-08 | 08207022          | 10 años | [Firma] |
| Contra Influenza       | 2-07-08 | 08023             |         | [Firma] |
| Otros                  |         |                   |         |         |

Fecha de nacimiento: 27/07/1983  
 Documento de identidad: No. 91024615  
 Apellidos: Casado  
 Nombre: Juan Pablo  
 Certificado de Vacunación del Adulto  
 Ministerio de la Protección Social  
 República de Colombia

Este carné es válido en Colombia  
 para exigido para entrar a zonas de riesgo  
 Consérvelo  
 En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o  
 Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados  
 VACUNAR POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

| Vacuna      | Dosis | Fecha aplicación | Lote No. | Firma vacunador |
|-------------|-------|------------------|----------|-----------------|
| Vancomicina |       | 12/06/2017       | 0430034  | [Firma]         |
| Trimax H+B  |       | 12/06/2017       | 0430034  | [Firma]         |
| Implanon    |       | 12/06/2017       | 0430034  | [Firma]         |
| Infano      |       | 12/06/2017       | 0430034  | [Firma]         |

VACUNA ANTITETANICA  
 Lote No. 072016  
 Fecha de aplicación: 07/2016  
 Firma vacunador: [Firma]  
 VIZZTAA 17ENE18  
 AHA836181  
 EXP: 01-2018

**Suplemento Hospitalario**

fiebre, inflamación, enrojecimiento, brote, dolor en el sitio de la aplicación de la vacuna, se recomienda: aplicar en las primeras 48 horas seguidas de la aplicación de la vacuna, no tocar no presentar en las primeras 48 horas seguidas de la aplicación en los primeros tres días, no tocar no compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación para comprobar tascar y no realizar masaje etc.

Al igual que he respondido a las inquietudes y preguntas de los señores **Marysop, Rivera** y **Aux de Enfermería** si el estado de salud de la persona que se va a vacunar, y así poder aplicarlas.

## Fitna:

# Vacuindoras

Marysol Rivera  
Aux de Enfermería  
CC 57-908.471

St. Vincent  
Hospital

**identificado con cedula de ciudadanía**

**1**

# COMO USUÁRIO

100

100

100

## Vaccinas

habiendo sido informado de los efectos secundarios como (malestar general, dolor en el sitio de la aplicación etc.) esto se puede

fiebre, inflamación, entorpecimiento, brote, dolor en el sitio de la vacuna, se recomienda aplicar presentar en las primeras 48 horas seguidas de la aplicación de la vacuna, se recomienda aplicar compresas de agua fría o hielo en el sitio de la aplicación en los primeros tres días, no tocar no realizar masaje etc.

complejas en el  
tascar y no realizar masaje etc.



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:39:16 horas del 05/06/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 91524615

Apellidos y Nombres: PEREZ CASADO JHON JAIRO

#### **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.

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 110647639



WEB

16:40:31

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de junio del 2018

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) JHON JAIRO PEREZ CASADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 91524615:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ  
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

**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.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS  
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

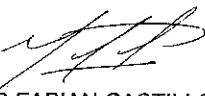
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 05 de junio de 2018, a las 16:41:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | CC                   |
| No. Identificación     | 91524615             |
| Código de Verificación | 91524615180605164126 |

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.



NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO  
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB





**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.  
NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **JHON JAIRO PEREZ CASADO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **91,524,615**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 05 días del mes de Junio de 2018.

---

Gerente de Clientes



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC**

LogIn: CC91524615 Usuario: JHON JAIRO PEREZ CASADO EnIdad: 760010265701 CLINICA NUESTRA Rol: ROL\_PRESCRIPTOR

**Prescription NCPES**  **Agilizar Daño**  **Camión Controlado**  **Salv**

ACTUALIZAR DATOS

|                                      |  |                                        |  |                       |  |                   |  |                |  |                 |  |
|--------------------------------------|--|----------------------------------------|--|-----------------------|--|-------------------|--|----------------|--|-----------------|--|
| Tipo de Documento de Identificación: |  | Número de Documento de Identificación: |  | Primer Apellido:      |  | Segundo Apellido: |  | Primer Nombre: |  | Segundo Nombre: |  |
| Cédula de ciudadanía                 |  | 91524615                               |  | PEREZ                 |  | CASADO            |  | JHON           |  | JAIR            |  |
|                                      |  |                                        |  | Registro Profesional: |  |                   |  |                |  |                 |  |
|                                      |  |                                        |  | 91524615              |  |                   |  |                |  |                 |  |
| <b>Actualizar</b>                    |  |                                        |  |                       |  |                   |  |                |  |                 |  |

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él. Condiciones de uso

Atención al Usuario: Teléfono en Bogotá D.C. +57(1)980 37150, en el resto del país 018000 980020

Horario de lunes a viernes 7am a 6pm, sábados de 8am a 1pm - jornada continua

Correo electrónico: [aportaciones@minsalud.gov.co](mailto:aportaciones@minsalud.gov.co) Centro de Contacto al Ciudadano

Copyright © 2015 Ministerio de Salud y Protección Social



**BANCO COMERCIAL  
"AVVILLAS"**

NIT: 860.035.827-5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTÁ D.C.

**CERTIFICA:**

Que JHON JAIRO PEREZ CASADO identificado con el documento No. 91524615 posee en la oficina CHAPINERO NORTE (021) una cuenta móvil No 021369665 desde el 04 de marzo de 2014.

**FECHA DE EXPEDICION: 2016/02/03**

Nuestro Gran Objetivo

Brindar **Siempre** una atención médica **Segura** para cuidar y preservar la Vida

Vocación de Servicio

**Nota de Control****CONSULTA EXTERNA**

Dirección: Cra 38 Bis No 582-04, PISO 1

Teléfono: 6821000 — Conmutador: 9100

Correo Electrónico: [consultaexterna2@imbanaco.com.co](mailto:consultaexterna2@imbanaco.com.co)

Vocación de Servicio

53209311

Nombres del Paciente

**JHON JAIRO**

Apellidos del Paciente

**PEREZ CASADO**

Identificación

**CC 91524615**

Fecha

**06 jun., 2018 16:06**Edad **34 Años**Peso **86.200**

Tipo Sangre

Entidad

**Kg****SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

Nota de control: CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL  
EXAMEN PRE INGRESO

MODALIDAD: INDEPENDIENTE LUGAR DE PRESTACION: COLOMBIA  
OCUPACIÓN: ORTOPEDISTA

ACTIVIDAD ECONOMICA: 8621 Actividades de la práctica médica.

FECHA: 06/06/2018 MUNICIPIO CALI

DATOS DEL ASPIRANTE

Nombres y Apellidos: JHON JAIRO PEREZ CASADO

Documento de identidad Tipo: CC No: 91524615

Edad: Sexo: M Fecha de nacimiento: 27 SEP 1983

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Preocupacional

APTITUD OCUPACIONAL (INGRESO)

Al examen médico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral

Presenta restricciones? NO

Recomendaciones Laborales: Favorecer el autocuidado y la higiene postural, Favorecer el desarrollo de Hábitos de vida y laborales saludables, Realizar como compromiso personal actividad física o ejercicio habitual y procurar por tener una dieta balanceada y adecuada en la medida de lo posible

El que suscribe, Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, habiendo practicado reconocimiento médico al/a la paciente arriba indicado/a,

Certifica:

Qué No existen síntomas de enfermedad orgánica o infecciosa ni de ninguna otra enfermedad transmisible y no padece de ninguna enfermedad crónica que lo/la limite físicamente o mentalmente, para estar en actividades laborales y convivir en comunidad.

Como requisito para afiliación a ARL se expide el siguiente certificado.

Concepto de Aptitud: APTO. CLINICAMENTE SANO.

MEDICO MAGISTER EN SALUD OCUPACIONAL

Registro Médico: 766142/2013

Mauricio Fonseca Muñoz LSO 04994-08-2016

MEDICO LABORAL

MEDICO MAGISTER EN SALUD OCUPACIONAL

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 04994-08-2016

REGISTRO MEDICO: 766142/2013

Firma Electrónica

**MAURICIO FONSECA MUÑOZ**Identificación: **CC 16377621**Especialidad: **MEDICINA LABORAL**Registro Médico: **LSO 04994**

[frmInformatoProActen.aspx](#) 06 jun. 2018 16:06 Usuario: MAURICIO FONSECA MUÑOZ (18747) Servicio: CONSULTA EXTERNA

Citas: 685 1000 - 385 1000

Conmutadores: 518 6000 - 682 1000 - 382 1000

Cali, Colombia

Sede Principal: Carrera 38 Bis No. 582 - 04

Torre A: Carrera 38A No. 5A - 100

Torre B: Carrera 38A No. 5A - 109

Sede Ciudad Jardín: Calle 15A No. 105 - 20

Sede Norte: Calle 36N No. 6A-65 Piso 2 Párrafo 122



Santiago de Cali, 12 de Junio de 2018

Señores

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA**

Of. Registro Académico

ASUNTO: Verificación de Título

Cordial Saludo,

Con el fin de realizar el proceso de verificación de títulos, según se encuentra establecido en la normatividad vigente, para efectos de vinculación y/o contratación, solicito a Ustedes se sirvan certificar el título de grado de las siguientes personas:

| NOMBRE                     | CEDULA     | TITULO | FECHA GRADO             |
|----------------------------|------------|--------|-------------------------|
| JHON JAIRO PEREZ<br>CASADO | 91.524.615 | MEDICO | 14 DE DICIEMBRE DE 2007 |

Favor, sírvase dirigir su respuesta a CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S, NIT 900.951.033-8, Avenida 5 Norte N° 22-26 o al correo [aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co](mailto:aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co)

Atentamente,

  
**DERLY MARGOTH MACIAS CHINCHAJAY**  
Aprendiz de gestión humana  
Clínica Cristo Rey Cali S.A.

**Dirección:**

**Entrada Principal: Calle 23 Norte 3-71- Entrada Urgencias: Avenida 4 Norte 22-46**

## Aprendiz Gestion Humana

---

**De:** PQR UNAB <pqr@unab.edu.co>  
**Enviado el:** martes, 12 de junio de 2018 9:23  
**Para:** aprendiz.ghumana@clinicacristorey.com.co  
**Asunto:** Radicado Nro 67797

Bucaramanga, martes, 12 de junio de 2018

Señor(a)  
CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S

Cordial Saludo,

La Universidad Autónoma de Bucaramanga le informa que su solicitud ha sido radicada en nuestro sistema de Gestión Universitaria de Información y la Documentación (GUIDO)

ha sido radicada con el **número 67797**

Fecha de Radicación: martes, 12 de junio de 2018 9:22:48 a. m.

Procedencia: CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S

Tenga presente este número de solicitud para consultar su trámite.  
Si desea conocer el estado de su solicitud ingrese al siguiente enlace: [Consultar](#)

Nota: Favor no responder este correo, este medio solo es utilizado para informar sobre su trámite ante la UNAB.  
Aviso de Privacidad

En cumplimiento con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 sobre Protección de Datos Personales y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 la Universidad Autónoma de Bucaramanga informa que garantiza la protección plena del derecho de Habeas Data a todos los estudiantes, graduados, docentes, empleados, proveedores y demás miembros de la comunidad universitaria. Todos los datos suministrados por los usuarios voluntaria y libremente se encuentran incorporados en nuestras bases de datos y tienen por finalidad ser usados y tratados por la UNAB para el correcto y natural ejercicio de sus actividades administrativas, financieras, de formación, ofrecimiento de nuevos servicios, así como de envío de boletines informativos físicos y electrónicos. Recuerde que puede ejercitar los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos personales que se encuentran en nuestros archivos, en cualquier momento y sin ningún costo, previa acreditación de su identidad. Para lo anterior pueden contactarse con la

Oficina de Comunicación Organizacional a través de uno de los siguientes medios:  
Escrito: Avenida 42 No. 48 – 11 Bucaramanga  
Portal Web: [unab.edu.co/contactenos](http://unab.edu.co/contactenos)

Teléfono de servicio al cliente: 018000127395  
Correo electrónico: [contactenos@unab.edu.co](mailto:contactenos@unab.edu.co)



## Certificado de Afiliación

El Señor JHON JAIRO PEREZ CASADO, identificado con Cédula Ciudadanía 91.524.615. Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

### Información del Afiliado:

|                                 |                         |                       |                                |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Nombre:                         | JHON JAIRO PEREZ CASADO | Tipo identificación:  | Cédula Ciudadanía              |
| Número de identificación:       | 91524615                | Fecha de retiro:      |                                |
| Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):  | 01/08/2017              | Razón de estado:      | Al día - empleador pago al día |
| Estado actual:                  | VIGENTES                | Nombre de Régimen:    | CONTRIBUTIVO                   |
| Tipo de Afiliado:               | COTIZANTE               | Municipio residencia: | Bogotá D.C.                    |
| Dirección actual de residencia: | CRA 71F 12B 51          | Depto. Residencia:    | SANTAFE DE BOGOTA DC           |
| Teléfono actual de residencia:  | 7496401                 |                       |                                |

| Documento Aportante | Razón Social            | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|---------------------|-------------------------|--------------|-----------|
| 91524615            | JHON JAIRO PEREZ CASADO | 05/06/2018   |           |

### Información de los beneficiarios:

| Tipo de Afiliado | Identificación | TD | Nombre | Fecha afiliación | Estado | Fecha retiro | Parentesco |
|------------------|----------------|----|--------|------------------|--------|--------------|------------|
|------------------|----------------|----|--------|------------------|--------|--------------|------------|

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6516777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 13 días del mes de Junio de 2018, a solicitud del interesado.

**\*\*INFORMACIÓN NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACIÓN\*\***

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.  
DECRETO 806 ART. 56**

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros  
Gerente de Operaciones

Elabora: Yaneth Liliانا Prado Mendez

Medellín, 02 de abril de 2020

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

**CERTIFICA:**

Que JHON JAIRO PEREZ CASADO identificado(a) con cédula de ciudadanía 91524615 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/04/2020

Fecha fin cobertura: 11/06/2020

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>FABISALUD IPS SAS N900951033</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL.                   |
| <b>CLASE DE RIESGO:</b> 3 <b>PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:</b> 2,436%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>CENTRO DE TRABAJO:</b> 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>CLASE:</b> 3 <b>PORCENTAJE:</b> 2,436% <b>TIPO COTIZANTE:</b> INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>ACTIVIDAD ECONÓMICA:</b><br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL. |
| <b>CODIGO DE ACTIVIDAD:</b> 3851101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>CLASE DE RIESGO:</b> 3 <b>PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:</b> 2,436%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

*Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:*

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

*Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.*

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C915246152009326805

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

02/04/2020 7:26 AM

Medellín, 03 de agosto de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

## CERTIFICA:

Que JHON JAIRÓ PEREZ CASADO identificado(a) con cédula de ciudadanía 91524615 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 24/07/2018

Fecha fin cobertura: 11/06/2019

## INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CLINICA CRISTO REY N900951033

## ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436%

## ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

## ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C915246151821527691

Atentamente,

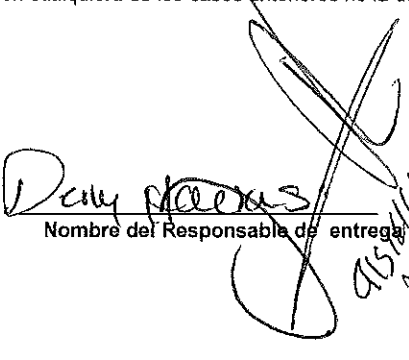
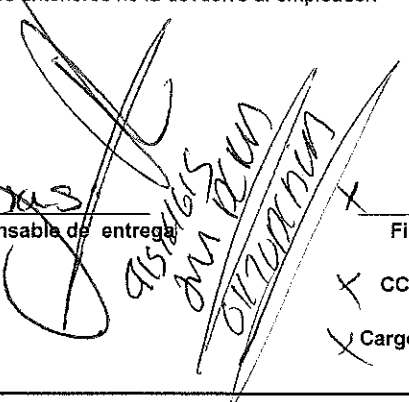
Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

03/08/2018 7.41 AM



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                                                                        |                          |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>ENTREGA DE DOTACIÓN, CARNET Y/O ELEMENTOS DE PROTECCIÓN</b> |                                                                                                                        | <b>CÓDIGO:</b>           | GHU-FT-026          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                                                                        | <b>VERSIÓN:</b>          | 2                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                                                                        | <b>FECHA APROBACIÓN:</b> | MAYO DE 2018        |
| <b>NOMBRE DEL TRABAJADOR:</b> <u>X Perez Casado Jon Jonio .</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                                                                        |                          |                     |
| <b>CARNET Y/O ELEMENTOS DE PROTECCIÓN (EPP)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                                                                        |                          |                     |
| Carnet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI                                                             | NO                                                                                                                     | Fecha:                   | <u>X 14-11-2018</u> |
| Elementos de Protección (EPP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI                                                             | NO                                                                                                                     | Fecha:                   | _____               |
| Cuales ? : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                                        |                          |                     |
| <b>DOTACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                                                                        |                          |                     |
| <b>Descripción / cantidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Aplica (A) / No Aplica (NA)</b>                             | <b>Talla</b>                                                                                                           | <b>Cantidad</b>          | <b>Fecha</b>        |
| Camisa / Blusa / Camiseta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                                                                        |                          |                     |
| Pantalón                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                                                                                        |                          |                     |
| Calzado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                        |                          |                     |
| <p>La dotación y/o carnet entregado es de uso obligatorio, personal e intransferible, el no porte o el uso indebido de la misma será considerado un incumplimiento a sus funciones y una violación a la relación contractual establecida con la organización.</p> <p>Los elementos de protección deben ser usado durante el tiempo en el cual desempeñe sus labores y se encuentre expuesto a un riesgo, así como a mantenerlos en buen estado. Usando los elementos de protección estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la Ley a través de la normatividad a saber CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Art. 56, Ley 9 de 1979. Art. 88 Ley 1562 de 2012. Art 27, Resolución 2400 de 1979 entre otras.</p> <p>En caso de pérdida me comprometo a comprarlo nuevamente y en caso de reposición por deterioro debo solicitarlo a la coordinadora de seguridad y salud en el trabajo, para lo cual debo llevar mi elemento de protección personal deteriorado.</p> <p><b>El trabajador manifiesta que:</b><br/>         La dotación y/o carnet que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, si finaliza el contrato o se realiza la entrega de una nueva dotación de uniformes o EPP y carnet, me comprometo a hacer la devolución de los mismos.</p> <p>- En caso de daño de la dotación o parte de ella por mal uso, el trabajador debe devolverla a la empresa y asumir los costos de su arreglo.</p> <p>- En caso de pérdida del carnet tendrá un costo de \$10.000 Mcte</p> <p>El trabajador autoriza expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la <u>dotación</u> cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.</p> |                                                                |                                                                                                                        |                          |                     |
| <br>Nombre del Responsable de entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                | <br>Firma del trabajador que recibe |                          |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                | X cc: <u>91 524 615</u>                                                                                                |                          |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                | X Cargo: _____                                                                                                         |                          |                     |



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.  
NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

**El(la) Señor(a) JHON JAIRO PEREZ CASADO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 91,524,615, se encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Julio de 2019.

---

Gerente de Clientes

La salud  
es de todos

Minsalud

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS                 | DATOS            |
|--------------------------|------------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN   | CC               |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 91524615         |
| NOMBRES                  | JHON JAIRO       |
| APELLIDOS                | PEREZ CASADO     |
| FECHA DE NACIMIENTO      | **/**/**         |
| DEPARTAMENTO             | VALLE            |
| MUNICIPIO                | SANTIAGO DE CALI |

### Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD                                   | REGIMEN      | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-------------------------------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | CONTRIBUTIVO | 01/12/2018                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

Fecha de  
Impresión:

07/30/2019  
11:02:34

Estación de  
origen:

200.6.187.58

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)



## ENTREGA DE DOTACIÓN Y/O CARNET

CÓDIGO:

GHU-FT-026

VERSIÓN:

3

FECHA APROBACIÓN:

AGOSTO DE 2019

NOMBRE DEL  
TRABAJADOR:

Jhon Jairo Perez Casado c.c.

CARGO:

Ortopedista y traumatología

PROCESO:

Cirugía

| DOTACIÓN                         |                             |       |          |            |
|----------------------------------|-----------------------------|-------|----------|------------|
| Descripción / cantidad           | Aplica (A) / No Aplica (NA) | Talla | Cantidad | Fecha      |
| Carnet Institucional             | A                           |       |          | 21/02/2020 |
| Camisa / Blusa / Camiseta / Bata |                             |       |          |            |
| Pantalón                         |                             |       |          |            |
| Calzado                          |                             |       |          |            |

La dotación y/o carnet entregado es de uso obligatorio, personal e intransferible, el no porte o el uso indebido de la misma será considerado un incumplimiento a sus funciones y una violación a la relación contractual establecida con la organización.

El trabajador manifiesta que:

Conoce y ha leído el Instructivo de Presentación Personal y Uso de Uniformes.

La dotación y/o carnet que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, si finaliza el contrato o se realiza la entrega de una nueva dotación de uniformes y carnet, me comprometo a hacer la devolución de los mismos.

- En caso de daño de la dotación o parte de ella por mal uso, el trabajador debe devolverla a la empresa y asumir los costos de su arreglo.

- En caso de pérdida del carnet tendrá un costo de \$10.000 Mcte

El trabajador autoriza expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

Nombre del Responsable de entrega

Jhon Jairo Pérez  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA  
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA Y ALARGAMIENTOS ÓSEOS  
RM 60742 - 54

Jhon Jairo Pérez  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA  
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA Y ALARGAMIENTOS ÓSEOS  
RM 60742 - 54

| DATOS DEL APORTANTE |                  |                         |        |                            |            |                         |  |                    |       |
|---------------------|------------------|-------------------------|--------|----------------------------|------------|-------------------------|--|--------------------|-------|
| TIPO                | NÚMERO           | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO   | CORREO                  |  | CIUDAD / MUNICIPIO | CALLE |
| CC                  | 91524816         | JHON JAIRO PEREZ CASADO |        | Carrera 71 F #128-51 1-901 | 3102908876 | jhon_pasado@hotmail.com |  |                    |       |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE  | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO               |            |                         |  |                    |       |
| ÚNICA               | 1- Independiente |                         |        | VALLE DEL CAUCA            |            |                         |  |                    |       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                       |               |                              |               |             |
|----------------------|---------------------------------------|---------------|------------------------------|---------------|-------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD      |             |
|                      |                                       |               |                              | EMPLEADOS     | UPC         |
|                      |                                       |               |                              | 1             | 0           |
|                      |                                       |               |                              | TOTAL A PAGAR |             |
| 2020-06              | 2020-08                               | I             | 03/07/2020                   | 43753025      | \$7.228.100 |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |           |             |                        |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria |
| EPS010        | EPS Surra | 600089702-2 | 2.743.200              |

| UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Cotización | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliación |
|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------|---------------|----------------|
|               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                          |                   |               |                |
| D             |                  | 0     |                     | .0    | 0         | 0                        | 0                 | 2,743.200     | 1              |

**TOTALES PENSIÓN**

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                      |
|-----------------|----------|-------------|----------------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Colación Obligatoria |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | \$ 5.111.300         |

|   | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aparente | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora Colización | Valor Mora Colización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 1 | 0                          | 0                          | 109.400                  | 329.200                   | 0                    | 0                     |                | 9.550.300     | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |           |                           |
|---------------------------|-----------|---------------------------|
| Código ARL                | Nombre    | Colización<br>Obligatoria |
| 14-11                     | ARL SUISA | 800903790-5<br>534.600    |

| Incapacidades    |       | Aportes Otrs<br>Sistemas |  | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------------|-------|--------------------------|--|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
| No. Autorización | Valor |                          |  |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|                  |       |                          |  | 534.600                  | 0            | 0                        | 534.600                |                               |                        | 5.346                | 534.600       | 1             |

**TOTALES CAJAS:**

| Código GCF | Nombre | MIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|

**TOTALES PARAFISCALES**

| <b>TOTALES PARAFISCALES</b> |                  |                          |                      |                      |  |
|-----------------------------|------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|--|
| <b>Valor Aporte</b>         | <b>Días Moro</b> | <b>Valor Mora Aporte</b> | <b>Total a Pagar</b> | <b>No. Afiliados</b> |  |
| 0                           | 0                | 0                        | 0                    | SENA                 |  |
| 0                           | 0                | 0                        | 0                    | ICBF                 |  |
| 0                           | 0                | 0                        | 0                    | ESAP                 |  |
|                             |                  |                          |                      | MEN                  |  |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                      |                  |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGS, LMA, ISRP y Mero | Total a Pagar    |
| Salud                  | 1                              | 2,743,200                            | 2,743,200        |
| Pension                | 1                              | 3,950,300                            | 3,950,300        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 534,600                              | 534,600          |
| CCF                    | 0                              | 0                                    | 0                |
| ESAP                   | 0                              | 0                                    | 0                |
| ICBF                   | 0                              | 0                                    | 0                |
| MEN                    | 0                              | 0                                    | 0                |
| SENA                   | 0                              | 0                                    | 0                |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>7,228,100</b>                     | <b>7,228,100</b> |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSIÓN) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMENSIÓN) | NÚMERO PLANILLA |
|                      |                                  |               |                         |                 |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                         |                 |
| 2020-06              | 2020-06                          | I             | 03/07/2020              | 43750025        |
|                      |                                  |               |                         | TOTAL A PAGAR   |
|                      |                                  |               |                         | \$7.228.100     |

| TOTALES SALUD |          |             |                        |               |                  |       |                     |       |                       |                |               |               |
|---------------|----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |          |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 900069702-2 | 2.743.200              | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0                     | 0              | 2.743.200     | 1             |

| TOTALES PENSION |         |             |                        |                            |                             |                          |                           |                      |                       |                |               |               |
|-----------------|---------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre  | NIT         | Coligación Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora Coligación | Valor Mora Coligación | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Peruair | 800224808-8 | 3.511,300              | 0                          | 0                           | 108,800                  | 339,200                   | 0                    | 0                     |                | 3,950,300     | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                              |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|------------------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Nsio Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Ratificado Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                              |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 880903780-5 | 534.600                |                  |       |                        | 634.600               | 0         | 0                     | 534.600             |                              | 5.348             | 534.600       |               |

| Código GCF           | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|----------------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>TOTALES CAJAS</b> |        |     |              |           |                   |               |               |

| TOTALES PARÁFRASES |           |                   |               |               |
|--------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte       | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA               |           |                   |               |               |
| 0                  | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF               |           |                   |               |               |
| 0                  | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP               |           |                   |               |               |
|                    |           |                   |               |               |
| MEN                |           |                   |               |               |
|                    |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                      |               |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Rótos | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 2.743.200                            | 2.743.200     |
| Pension                | 1                              | 3.950.300                            | 3.950.300     |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 534.600                              | 534.600       |
| CCF                    | 0                              | 0                                    | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                    | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                    | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                    | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                    | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 7.228.100                            | 7.228.100     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |                             |              |                          |  |
|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------|--------------------------|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO     | CORREO                   |  |
| CC                  | 81524615          | JHON JAIRO PEREZ CASADO | Carrera 71 E #12b-51 11-901 | 3162390876   | jhon_pcasado@hotmail.com |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO                      | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO       |  |
| UNICA               | 1 - Incapacitante |                         |                             |              | Cali                     |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA |
|                      |                                   |               |                          |                 |
| PERIODO SALDO        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 |
| 2020-06              | 2020-06                           | 1             | 03/07/2020               | 43753025        |
|                      |                                   |               |                          | TOTAL A PAGAR   |
|                      |                                   |               |                          | \$7.228.100     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |           |             |
|---------------|-----------|-------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         |
| EPS010        | EPS Surra | 800089702-2 |
|               |           | 2,743,200   |

| C. Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Cobersación | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|---------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|              | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                           |                   |               |               |
| 0            |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                         | 0                 | 2,743,200     | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| TOTALES PENSION |           |                          |
|-----------------|-----------|--------------------------|
| Código AFP      | Nombre    | Contribución Obligatoria |
| 230301          | Pensioner | 3.511.300                |

| Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solididad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora Cotización | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 0                          | 0                           | 109,900                | 329,200                   | 0                    | 0                     |                | 3,950,300     | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES:**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |           |                        |
|---------------------------|-----------|------------------------|
| Código ARL                | Nombre    | Colización Obligatoria |
| 14-11                     | ARL SURSA | 880903790-5<br>534.600 |

| Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Deducción | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------------------|-------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
|                           | 534,800                 | 0            | 0                        | 534,800                |                               |                        | 5,346                | 534,800       |               |

**TOTALES CAJAS.**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|

**TOTALES PARAFISCALES**

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |

**TOTALES POR SUBSISTEMA:**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                  |  | Valor antes de IGE, LMA,<br>IRP y fiore | Total a Pagar |
|------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------------|---------------|
| Type Administradora    | No. Administradoras<br>Reparadas |  |                                         |               |
| Salud                  | 1                                |  | 2,743,200                               | 2,743,200     |
| Pensión                | 1                                |  | 3,850,300                               | 3,850,300     |
| Riesgos Laborales      | 1                                |  | 534,600                                 | 534,600       |
| OCF                    | 0                                |  | 0                                       | 0             |
| ESAP                   | 0                                |  | 0                                       | 0             |
| ICBF                   | 0                                |  | 0                                       | 0             |
| MEN                    | 0                                |  | 0                                       | 0             |
| SENA                   | 0                                |  | 0                                       | 0             |
| TOTALES                | 3                                |  | 7,228,100                               | 7,228,100     |

| DATOS DEL APORTANTE      |                   |                         |        |                        |                    |                            |
|--------------------------|-------------------|-------------------------|--------|------------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                     | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN              | TÉLEFONO           | CORREO                     |
| CC                       | 91524615          | JHON JAIRO PEREZ CASADO |        | Carrera 71 F #12b-s11- | 31623508675        | - jhon_pcasado@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO           | CIUDAD / MUNICIPIO |                            |
| ÚNICA                    | I - Independiente |                         |        | VALLE DEL CAUCA        | CALI               |                            |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |               |             |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|---------------|-------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD      |             |
|                      |                                    |               |                           | EMPLEADOS     | UPC         |
|                      | -                                  |               |                           | 1             | 0           |
|                      |                                    |               |                           | TOTAL A PAGAR |             |
| 2020-11              | 2020-11                            | I             | 09/12/2020                | 46737907      | \$7'226.100 |

[illegible]



| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                         |                            |                    |                          |                                           |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE        | DIRECCIÓN                  | TÉLEFONO           | CORREO                   | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 9124615            | JHON JAIRO PEREZ CASADO | Carrera 71 F #12b-51 1-901 | 31629208676        | jho_n_casado@hotmail.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL      | DEPARTAMENTO               | CIUDAD / MUNICIPIO |                          |                                           |
| ÚNICA                 | I - Independiente  |                         | VALLE DEL CAUCA            | CALI               |                          | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |               |     |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                    |               |                           |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                    |               |                           |                 | 1             | 0   |
|                      |                                    |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2020-11              | 2020-11                            | I             | 09/12/2020                | 45797807        | \$7,228,100   |     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |           |             |                        |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria |
| EPS010        | EPS Surra | 800098702-2 | 2.743.200              |

| Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Cotización | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------|---------------|---------------|
| No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                          |                   |               |               |
| 0                |       | 0                   | 0     | 0         | 0                        | 0                 | 2,743,200     | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre   | NIT         | Colización Obligatoria |
|------------|----------|-------------|------------------------|
| 2303001    | Porvenir | 800224808-8 | 3.511.300              |

| Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 0                          | 0                           | 109.800                  | 329.200                   | 0         | 0                     |                | 3.950.300     | 1             |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre   | NIT         | Cotización<br>Obligatoria |
|------------|----------|-------------|---------------------------|
| 14-11      | ARL SURA | 890903790-5 | 534.600                   |

| Aportes Otros |  | Valor Neto   | Días | Valor Mora   | Subtotal     | No. Radicado  | Valor Saldo a | Fondo       | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|--|--------------|------|--------------|--------------|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|
| Sistemas      |  | Contratación | Mora | Contratación | Contratación | Saldo a Favor | Favor         | Solidaridad |               |               |
|               |  | 534.600      | 0    | 0            | 534.600      |               |               | 5.348       | 534.600       | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|            |        |     |              |           |                   |               |               |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | Nº. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| SENA         |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF         |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP         |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| MEN          |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| TOTALES POR SUBSIDIO |                                |                                     |               |
|----------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora  | No. Administradores Reportados | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                | 1                              | 2,743,200                           | 2,743,200     |
| Pension              | 1                              | 3,950,300                           | 3,950,300     |
| Riesgos laborales    | 1                              | 534,600                             | 534,600       |
| COF                  | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                  | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES              | 3                              | 7,228,100                           | 7,228,100     |

|                                                                                   |                                                              |                    |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
|  | FORMATO                                                      | CODIGO:            | CR-GHU-FT-084 |
|                                                                                   | AUTORIZACION PARA VINCULACION ARL<br>PRESTADORES DE SERVICIO | VERSION:           | 001           |
|                                                                                   |                                                              | FECHA<br>VIGENCIA: | ENERO DE 2021 |

Santiago de Cali, 02 de AGOSTO 2021

Señores:

FABISALUD IPS SAS

**Asunto: Autorización Para Vinculación ARL Prestadores de Servicio**

Yo, JOHN DAIRY DEVEZ CASADO identificado con Cédula No. 91524615 expedida en BOCAVEDO autorizo a la empresa, FABISALUD IPS SAS con NIT No. 900951033-8 en la ciudad de Cali, para que dentro del proceso de contratación y/o actualización del contrato por prestación de servicios, me vincule a la ARL SURA en la cual me encuentro afiliado actualmente.

Adicional a ello hago constar que me encuentro afiliado a la EPS SURA Y al fondo de pensiones DOVEVIX.

Cordialmente,

Firma:



Nombre completo: JOHN DAIRY DEVEZ CASADO

Documento identidad: 91524615

Teléfono de contacto: 316 290 8676,

Medellín, 02 de agosto de 2021

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que JHON JAIRO PEREZ CASADO identificado(a) con cédula de ciudadanía 91524615 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 03/08/2021

**Fecha fin cobertura:** 12/06/2022

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**FABISALUD IPS SAS N900951033**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

null

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

02/08/2021 11:39 AM

Medellín, 02 de agosto de 2021

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que JHON JAIRO PEREZ CASADO identificado(a) con cédula de ciudadanía 91524615 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 24/07/2018

**Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**FABISALUD IPS SAS N900951033**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 1 - null

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

**TIPO COTIZANTE:** null

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

02/08/2021 11:39 AM

## **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

**CONTRATANTE: FABISALUD IPS SAS. NIT.900951033-8**

**CONTRATISTA: JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO.**

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**, También mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, como **MEDICO INTERNISTA**, en la **CLÍNICA CRISTO REY CALI**, establecimiento de propiedad de la sociedad **FABISALUD IPS SAS**; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### **CLÁUSULAS:**

**PRIMERA: OBJETO:** **EL CONTRATISTA**, en su condición de **MEDICO INTERNISTA**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a la atención de pacientes en **URGENCIAS** y/u hospitalizados en la **CLÍNICA CRISTO REY CALI**, revisando cada uno de ellos, en lo que tenga que ver con su especialidad, todos los días de la semana, de domingo a domingo, según su disponibilidad de tiempo; y cuando sea procedente y se requiera, la atención deberá ser mediante la **INTERCONSULTA**, con un tiempo de respuesta, de acuerdo a la prioridad del paciente, la cual deberá ser, todos los días de la semana, durante las 24 horas del día. **PARÁGRAFO 1:** Para la atención de los pacientes, el contratista, puede coordinar la atención de éstos, y la interconsulta, con el médico **INTERNISTA NEFROLOGO**, **JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**, a criterio de éstos. **PARÁGRAFO 2.** El contratista debe realizar las interconsultas hospitalarias, con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARÁGRAFO 3.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: HONORARIOS.** **FABISALUD IPS SAS**, pagará **AL CONTRATISTA**, por la ejecución del contrato, la suma de CINCO MILLONES OCHENTA Y CINCO MIL PESOS \$5.085.000.00, **MENSUALES**.

**TERCERA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**CUARTA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 01 de Enero de 2021, hasta el día 31 de Diciembre de 2021. No obstante, cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula **SEGUNDA**, serán pagados por **FABISALUD IPS SAS**, treinta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARÁGRAFO:** Los valores, están sujetos a la

auditoría de las cuentas, quien verificará las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del CONTRATISTA: **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con FABISALUD IPS SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por FABISALUD IPS SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SÉPTIMA: OBLIGACIONES DE FABISALUD IPS SAS:** Son obligaciones de FABISALUD IPS SAS. **1.** Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento de la CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte de la CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoría de calidad por parte de FABISALUD IPS SAS, de acuerdo a su programa de auditoría para el mejoramiento de la Calidad

**DÉCIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, FABISALUD IPS SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DÉCIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DÉCIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** FABISALUD IPS SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DÉCIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a FABISALUD IPS SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de FABISALUD IPS SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de FABISALUD IPS SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DÉCIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por FABISALUD IPS SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información se clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba FABISALUD IPS SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de FABISALUD IPS SAS.

**DÉCIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden. En caso que FABISALUD IPS SAS pague los aportes a los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), este descontará al CONTRATISTA del valor facturado lo correspondiente a lo pagado.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni FABISALUD IPS SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DÉCIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DÉCIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

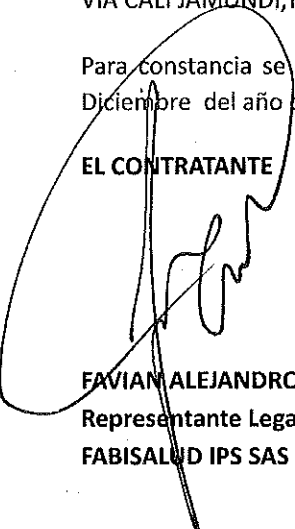
**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de este contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGÉSIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: FABISALUD IPS SAS, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la KM 21 VIA CALI JAMUNDI, Teléfono : 3155525187

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 31 de Diciembre del año dos mil VEINTE (2020).

**EL CONTRATANTE**



**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
FABISALUD IPS SAS

**EL CONTRATISTA**



**JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**  
C.C. 14.638.735 DE CALI



## CONTRATO DE LIQUIDACION CONTRATO Y TRANSACCIÓN.

En la ciudad de Cali, a los 30 días del mes de octubre de 2.020, se reunieron los señores: **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, vecino y domiciliado en la Ciudad de Cali, actuando como representante legal de la sociedad FABISALUD IPS SAS, en calidad de **CONTRATANTE**, y de otro lado el doctor **JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**, mayor de edad, vecino y domiciliado en Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 14.638.735, en calidad de **CONTRATISTA**, según lo establecido en el art. 2469 y siguientes del Código Civil, **ESTIPULAN:**

**PRIMERO.** Que entre el **CONTRATISTA** y la **CONTRATANTE**, celebramos contrato de **PRESTACION DE SERVICIOS**, mediante el cual el primero de los nombrados, sin subordinación alguna, prestaba los servicios como **MEDICO INTERNISTA**, para la atención de pacientes en **CLINICA CRISTO REY CALI** establecimiento de comercio de propiedad de la contratante.

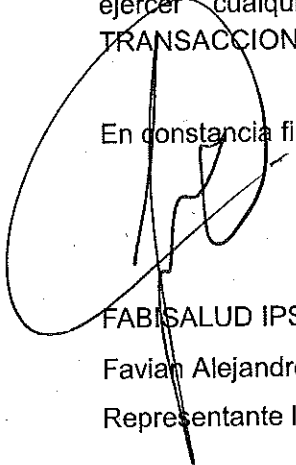
**SEGUNDO:** Que de común acuerdo entre las partes, **DECIDIERON** dar por terminado el contrato de **PRESTACION DE SERVICIOS**, suscrito entre éstas, el día 21 DE **FEBRERO** de 2020, el cual surtió efectos hasta el día 31 de diciembre de 2020.

**TERCERO:** Que en virtud de dicha relación y la terminación de común acuerdo, es necesario proceder a la **LIQUIDACION**, la cual se realiza en el presente acto.

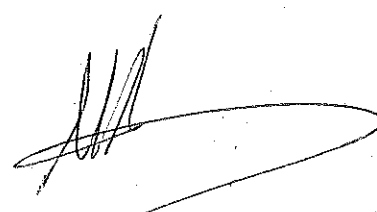
**CUARTO:** La sociedad contratante, canceló el **VALOR TOTAL** de los honorarios generados hasta el día 31 de diciembre de 2020, **QUEDANDO LIQUIDADO EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS, SUSCRITOS ENTRE LAS PARTES.**

**QUINTO:** De esta manera, las partes se **DECLARAN A PAZ Y SALVO**, y renuncian a ejercer cualquier reclamación judicial o extrajudicial; ya que la presente **TRANSACCION** se realiza en los términos de la norma citada.

En constancia firman:

  
FABISALUD IPS SAS.

Favian Alejandro Cordon T.  
Representante legal.

  
JUAN JACOBO PADILA GARRIDO.

Contratista



## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: FABISALUD IPS SAS .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**. También mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para **CUBRIR LAS NECESIDADES DE MÉDICO INTERNISTA de FABISALUD IPS SAS**; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO:** **EL CONTRATISTA**, en su condición de **MEDICO INTERNISTA**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a **CUBRIR LAS NECESIDADES DE MÉDICO INTERNISTA**, en la Clínica. **PARÁGRAFO 1.** El contratista debe: a) las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARÁGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 22 de Febrero de 2020, hasta el día 21 de Febrero de 2021. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** **FABISALUD IPS SAS**, pagará **AL CONTRATISTA** por cada 24 horas, que el profesional esté pendiente de llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la Clínica, dentro del cual, deberá asistir a la institución, si fuere el caso, con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente y por concepto de la atención de las interconsultas hospitalarias 24 horas al día 7 días a la semana el valor de \$ 5'085.000, como honorarios por sus servicios profesionales.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por **FABISALUD IPS SAS**, treinta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARÁGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificará las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del **CONTRATISTA:** 1. Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. 2. Proceder con los más

altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio.3. Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con FABISALUD IPS SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. 4. Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios.5. Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por FABISALUD IPS SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato.6. Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SÉPTIMA: OBLIGACIONES DE FABISALUD IPS SAS:** Son obligaciones de FABISALUD IPS SAS. 1. Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. 2. Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato.3. Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. 4. Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento de la CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte de la CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoría de calidad por parte de FABISALUD IPS SAS, de acuerdo a su programa de auditoría para el mejoramiento de la Calidad

**DÉCIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, FABISALUD IPS SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DÉCIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: 1. Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. 2. La terminación de manera unilateral. 3. El vencimiento del plazo

**DÉCIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** FABISALUD IPS SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DÉCIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a FABISALUD IPS SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de FABISALUD IPS SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o

extrajudicial en defensa de los intereses de FABISALUD IPS SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DÉCIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por FABISALUD IPS SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba FABISALUD IPS SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de FABISALUD IPS SAS.

**DÉCIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden. En caso que FABISALUD IPS SAS pague los aportes a los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), este descontará al CONTRATISTA del valor facturado lo correspondiente a lo pagado.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESION DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni FABISALUD IPS SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditar ante la contratante.

**DÉCIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DÉCIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

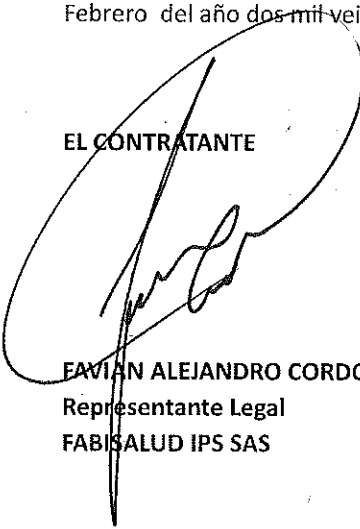
**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGÉSIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los

medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: FABISALUD IPS SAS, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la KM 21 VIA CALI JAMUNDI, Teléfono. 3398321 – 3155525187

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 21 de Febrero del año dos mil veinte (2020).

**EL CONTRATANTE**



**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
FABISALUD IPS SAS

**EL CONTRATISTA**



**JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**  
C.C. 14.638.735 DE CALI

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: FABISALUD IPS SAS .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**. También mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para **CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA de FABISALUD IPS SAS**; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA**, en su condición de **MEDICO INTERNISTA**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a **CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA**, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 22 de Febrero de 2019, hasta el día 21 de Febrero de 2020. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** **FABISALUD IPS SAS**, pagará **AL CONTRATISTA** por cada 24 horas, que el profesional esté pendiente de llamado, para cualquier eventualidad que se presente en la Clínica, dentro del cual, deberá asistir a la institución, si fuere el caso, con una respuesta de acuerdo a la prioridad del paciente y por concepto de la atención de las interconsultas hospitalarias 24 horas al día 7 días a la semana el valor de \$ 5'085.000, como honorarios por sus servicios profesionales.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por **FABISALUD IPS SAS**, treinta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del **CONTRATISTA:** **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más

altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio.3. Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con FABISALUD IPS SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. 4. Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios.5.Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por FABISALUD IPS SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato.6. Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE FABISALUD IPS SAS:** Son obligaciones de FABISALUD IPS SAS. 1. Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. 2. Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato.3. Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. 4. Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento dela CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte dela CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de FABISALUD IPS SAS, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, FABISALUD IPS SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: 1. Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. 2. La terminación de manera unilateral. 3. El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** FABISALUD IPS SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a FABISALUD IPS SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de FABISALUD IPS SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de FABISALUD IPS SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.



**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por FABISALUD IPS SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba FABISALUD IPS SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de FABISALUD IPS SAS.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni FABISALUD IPS SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DECIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

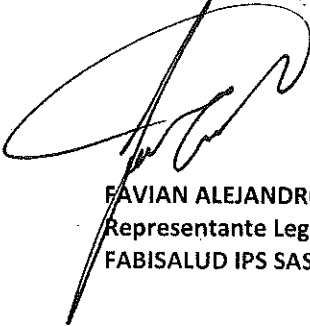
**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: FABISALUD IPS SAS, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la KM 21 VIA CALI JAMUNDI, Teléfono. 3398321 – 3155525187

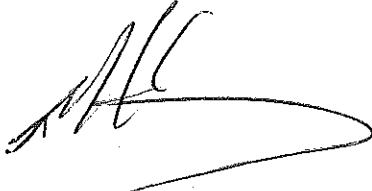
Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 21 de Febrero del año dos mil diecinueve (2019).

**EL CONTRATANTE**



**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
FABISALUD IPS SAS

**EL CONTRATISTA**



**JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**  
C.C. 14.638.735 DE CALI

**JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**  
**CC. 14.638.735 DE CALI**

---

Juan Jacobo Padilla Garrido  
C.C: 14.638.735  
Km21 via Cali Jamundí ciudad campestre castillo  
Santiago de Cali  
Tel. Res: 3398321 Tel Celular: 3155525187  
Correo Electrónico: jacobopadilla84@hotmail.com

**PERFIL PROFESIONAL**

- **Médico internista de la Universidad CES con entrenamiento en niveles III y IV de complejidad y especial énfasis en consulta externa, hospitalización y unidad de cuidado intensivo. Con alta Capacidad de liderazgo y excelente desempeño en el área clínica: hospitalización, consulta externa. Motivado por la vocación de servicio; con lo cual he desarrollado actitud positiva y auto-exigencia en la calidad de la atención brindada. Persona recursiva, proactiva y con habilidad de trabajo en equipo.**

**INFORMACIÓN ACADÉMICA:**

Universidad CES-Especialista en medicina Interna. Medellín, julio de 2016.

Universidad del Valle-Médico y cirujano. Cali, diciembre de 2009.

Bachiller Académico, Colegio San Juan Berchmans. Cali, junio de 2002.

**EXPERIENCIA ACADÉMICA**

**Publicaciones**

Padilla Garrido J.J, et al. *"Amoxicilina como posible causante de meningitis aséptica"*: presentación de un caso y revisión de la literatura. Infectio. 2016.

Quintero P.A, Ortiz A, Padilla J.J. *"Criptococosis pulmonar y meníngea en una paciente inmunocompetente"*. Perspectiva en Urgencias 2015; 1(1): 57-60.

Padilla Garrido J.J, Sepúlveda Copete M. *"Hepatitis tóxica inducida por lamotrigina"*, reporte caso y revisión de la literatura 2015.



---

**ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL**

**Congresos Medicina**

- Cuarto congreso Regional de Cardiometabolismo. Hotel Marriot, 2016.
- Congreso de Medicina Interna. Fundación Valle Del Lili, 2016.
- Congreso de Medicina Interna. Fundación Valle Del Lili, 2015.
- Congreso de Medicina Interna. Fundación Valle Del Lili, 2014.
- Curso de Actualización en Medicina Legal y Ciencias Forenses, Instituto Medicina Legal. Cali, Octubre de 2009.
- XIII Congreso de Neumología. Bogotá, Octubre de 2009.
- XIII Congreso de Actualización en Medicina, Hospital Universitario del Valle. Cali, agosto de 2009.
- VI Simposio de Actualización en Medicina Interna, Fundación Clínica Valle del Lili. Cali, abril de 2008.
- Curso anual de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Cali, febrero de 2008.

**EXPERIENCIA LABORAL**

**ESCENARIOS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y ENTRENAMIENTO:**

- Profesor hora cátedra Medicina Interna Universidad Libre Julio 2017 a la fecha
- Médico Internista Comfenalco plan complementario edificio Vida Septiembre 2016 a la fecha
- Clínica DESA. Médico Internista hospitalización Agosto de 2016 a la fecha
- Clínica Nuestra Médico Internista consulta externa Julio 2016 a la fecha
- Fundación Valle del Lili. Residencia medicina Interna Junio de 2013-Junio de 2016.



**JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**  
**CC. 14.638.735 DE CALI**

- Centro de Salud El Vallado. Servicio de consulta externa. Enero de 2012-Mayo 2013.
- Centro de Salud Antonio Nariño. Servicio de Consulta externa. Enero de 2012-Mayo 2013
- Hospital Isaías Duarte Cancino. Servicio de urgencia. Mayo de 2011-Diciembre de 2011.
- Hospital Carlos Holmes Trujillo. Servicio de hospitalización-Mayo de 2011-Diciembre de 2011

- **HOSPITAL SAN VICENTE FERRER ANDALUCÍA VALLE**

Año Rural. Abril de 2010- abril de 2011.

- **GRUPO MÉDICO ESPECIALIZADO AIREC**

Servicio de Consulta externa, apoyo a Cardiología. Febrero de 2010 - Abril de 2010.

- **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, CALI.**

Internado rotatorio- 1 año-, áreas: ginecología y obstetricia, medicina interna, dermatología, cirugía general y trauma, cirugía plástica y reconstructiva, cirugía pediátrica, urología, nefrología, neurología y neurocirugía, ortopedia y traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, medicina física y rehabilitación, anestesiología, clínica para el manejo del dolor, radiodiagnóstico, pediatría y unidad de salud mental. Noviembre de 2008 - noviembre de 2009.

**OTRAS ROTACIONES DEL INTERNADO:**

- **Instituto Nacional de Medicina Legal - Cali:**  
Práctica de medicina forense.
- **Hospital Mario Correa Rengifo, Cali.**  
Consulta externa, urgencias y hospitalización en el servicio de cirugía general.
- **Comfandi IPS y antiguo ISS Villacolombia y La Selva, Cali.**  
Área de consulta externa - medicina familiar.
- **Hospital Cañaveralejo y Hospital Joaquín Paz Borrero, Cali.**





---

Área de consulta externa en ginecología y obstetricia-control prenatal.

- formación durante 6 semestres en el área de promoción y prevención de la salud, escuela de salud pública de la Universidad del Valle.

**REFERENCIAS PERSONALES:**

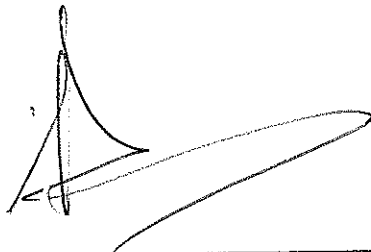
**NOMBRE:** Dr. Jorge Muñoz.  
Medicina Interna. Nefrología  
Comfenalco Edificio Vida

**NOMBRE:** Diana María Grajales Molina  
Coordinadora Laboratorio de Mercadeo, Logística y  
Consumo Masivo  
Pontificia Universidad Javeriana Cali.  
Teléfono: 3218078-3007763027.

**REFERENCIAS FAMILIARES**

**NOMBRE:** José Meiber Padilla Posso.  
Contador Público  
La Valinera-Cali  
Teléfono: 315 538 7366

**NOMBRE:** Dra. Blanca Victoria Garrido Valencia  
Economista pensionada  
Teléfono: 3155522690



---

**JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**  
**MÉDICO Y CIRUJANO**  
**CC. 14.638.735**  
**RM 762600/11**



## **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

**CONTRATANTE: CLINICA CRISTO REY CALI SAS .NIT.900951033-8**

**CONTRATISTA: JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de la Clínica **CRISTO REY CALI SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**. También mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA de CLINICA CRISTO REY CALI SAS; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### **CLÁUSULAS:**

**PRIMERA: OBJETO:** **EL CONTRATISTA**, en su condición de **MEDICO INTERNISTA**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante CLINICA CRISTO REY CALI SAS, a CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: **a)** las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan d. la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es CLINICA CRISTO REY CALI SAS, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 22 de FEBRERO de 2018, hasta el día 21 de FEBRERO de 2019. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, pagará AL **CONTRATISTA** por concepto de disponibilidad cumplida y por concepto de la atención de las interconsultas hospitalarias 24 horas al día 7 días a la semana el valor de \$ 5'085.000, como honorarios por sus servicios profesionales.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, treinta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del **CONTRATISTA:** **1.** Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. **2.** Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con

CLINICA CRISTO REY CALI SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. 4. Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. 5. Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por CLINICA CRISTO REY CALI SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. 6. Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE CLINICA CRISTO REY CALI SAS:** Son obligaciones de CLINICA CRISTO REY CALI SAS. 1. Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. 2. Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. 3. Ejercer el control y vigilancia del contrato, por si mismo o por medio de un tercero que designe para ello.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento dela CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte dela CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de CLINICA RISTO REY CALI SAS, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, CLINICA CRISTO REY CALI SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: 1. Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. 2. La terminación de manera unilateral. 3. El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** CLINICA CRISTO REY CALI SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a CLINCA CRISTO REY CALI SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de CLINICA CRISTO REY CALI SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de CLINCA CRISTO REY CALI SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.

**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por CLINCA CRISTO REY CALI SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba CLINCA CRISTO REY CALI SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de CLINCA CRISTO REY CALI SAS.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden.

**DECIMA SEXTA: AUSENCIA VÍNCULO LABORAL:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, técnica y directiva, asumiendo todos los riesgos y prestando los servicios con sus propios medios, equipos y elementos los cuales deberá procurarse en forma oportuna, bajo toda su responsabilidad y con el control efectivo de los mismos, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables, debido a que EL CONTRATISTA no actúa ni como trabajador, ni como intermediario de CLINCA CRISTO REY CALI SAS, a quien libera de toda responsabilidad. Adicionalmente EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a CLINCA CRISTO REY CALI SAS por cualquier reclamación judicial o extrajudicial por estos conceptos.

**DECIMA SEPTIMA: REGULACIÓN INTEGRAL.** El presente contrato regula integralmente la relación entre las partes y en consecuencia deja sin valor y efecto cualquier acuerdo verbal o escrito que existiere anteriormente entre ellas y sobre la misma materia. Las partes se declaran mutua y expresamente a paz y salvo por cualquier relación comercial escrita o verbal que entre ellos hubiera existido con anterioridad al presente contrato, renunciando expresamente a cualquier derecho o acción que se pudiera derivar de las relaciones preexistentes entre las partes.

**DECIMA OCTAVA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni CLINCA CRISTO REY CALI SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA NOVENA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**VIGÉSIMA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

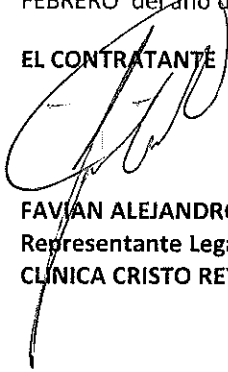
**VIGÉSIMA PRIMERA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA SEGUNDA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA TERCERA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: CLINCA CRISTO REY CALI SAS, en la AV 4N # 23N-71 de Cali, y el contratista en la KM 21 VIA CALI JAMUNDI, Teléfono. 3398321-3155525187

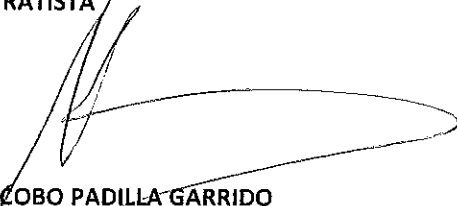
Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 21 de FEBRERO del año dos mil dieciocho (2018).

**EL CONTRATANTE**



**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
CLINICA CRISTO REY SAS CALI

**EL CONTRATISTA**



**JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**  
C.C. 14.638.735 DE CALI

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

CONTRATANTE: **FABISALUD IPS SAS** .NIT.900951033-8

CONTRATISTA: **JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**

Entre los suscritos **FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.218.397 de Bogotá, domiciliado en Cali, actuando en representación legal de **FABISALUD IPS SAS**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**. También mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en su propio nombre y quien en adelante en este documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Prestación de servicios profesionales, para CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA de **FABISALUD IPS SAS**; que en lo general, se regirá por las normas vigentes aplicables, y en lo especial, por las cláusulas contenidas en éste documento.

### CLÁUSULAS:

**PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA**, en su condición de **MEDICO INTERNISTA**, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, se obliga para con la contratante **FABISALUD IPS SAS**, a CUBRIR LAS NECESIDADES DE MEDICO INTERNISTA, en la Clínica. **PARAGRAFO 1.** El contratista debe: a) las interconsultas hospitalarias debe ser con oportunidad de respuesta menor a dos horas. **PARAGRAFO 2.** Las actividades contratadas serán desarrolladas por **EL CONTRATISTA**, de conformidad con las disposiciones legales aplicables a la materia, los principios éticos, la discrecionalidad científica, y las guías basadas en la evidencia, todo lo cual deberá efectuar de buena fe, en consideración al artículo 1603 del Código Civil, por ende, se obliga no sólo a lo que en el contrato se expresa, sino a todas las cosas que emanan de la naturaleza de las diferentes obligaciones pactadas en el mismo, o que por la ley pertenezca a ella.

**SEGUNDA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.** Sin perjuicios de los demás lugares que indique **FABISALUD IPS SAS**, de acuerdo con sus requerimientos, los servicios materia del presente contrato serán ejecutados por parte del **CONTRATISTA**, en las instalaciones de la empresa, cuya ubicación declara conocer, esto es **FABISALUD IPS SAS**, de la Ciudad de Cali.

**TERCERA: DURACIÓN.** El presente contrato estará vigente desde el día 22 de Febrero de 2019, hasta el día 21 de Febrero de 2020. No obstante cualquiera de las partes podrá dar por terminado unilateralmente, en cualquier tiempo.

**CUARTA: HONORARIOS.** **FABISALUD IPS SAS**, pagará AL **CONTRATISTA** por concepto de disponibilidad cumplida y por concepto de la atención de las interconsultas hospitalarias 24 horas al día 7 días a la semana el valor de \$ 5'085.000, como honorarios por sus servicios profesionales.

**QUINTA: FORMA DE PAGO.** Los honorarios descritos en la cláusula anterior, serán pagados por **FABISALUD IPS SAS**, treinta días después de radicada la cuenta de cobro. **PARAGRAFO:** Los valores, están sujetos a la auditoría de las cuentas, quien verificara las tarifas establecidas entre las partes, los porcentajes de acuerdo a vía de acceso, incluidos, implícitos, etc.).

**SEXTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** Son obligaciones del **CONTRATISTA:** 1. Cumplir de manera completa y oportuna con la ejecución de los servicios materia del presente contrato. 2. Proceder con los más altos estándares éticos, guardando estricta reserva, prudencia y confidencialidad respecto de la información

que conozca con ocasión del servicio. **3.** Prestar sus servicios en cumplimiento de los términos acordados con FABISALUD IPS SAS, permitiendo mantener la oportunidad contractual. **4.** Cumplir con sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social (EPS, AFP Y ARP), en su calidad de contratista independiente. Deberá anexo a cada cuenta de cobro y/o factura la constancia del pago de la misma, esto es requisito para la cancelación de los honorarios. **5.** Atender las recomendaciones o sugerencias formuladas por FABISALUD IPS SAS, que conduzcan al mejoramiento de la prestación del servicio objeto de este contrato. **6.** Las demás que se deriven de la naturaleza de este contrato, las establecidas en otras cláusulas del mismo y las que le impongan la normatividad aplicable.

**SEPTIMA: OBLIGACIONES DE FABISALUD IPS SAS:** Son obligaciones de FABISALUD IPS SAS. **1.** Pagar al CONTRATISTA, los honorarios pactados por la prestación de sus servicios, de acuerdo con lo establecido en el presente contrato. **2.** Facilitar oportunamente el acceso a la información que sea necesaria para la debida ejecución del objeto del contrato. **3.** Ejercer el control y vigilancia del contrato, por sí mismo o por medio de un tercero que designe para ello. **4.** Facilitar los dispositivos, equipos e insumos para la adecuada atención de los pacientes.

**OCTAVA: CONOCIMIENTO DEL SERVICIO A EJECUTAR.** EL CONTRATISTA hace constar que estudió cuidadosamente el servicio a ejecutar, su naturaleza y localización, así como todos los demás factores que puedan tener influencia en su normal ejecución. Por tanto ya son de conocimiento dela CONTRATISTA, todos los factores favorables o desfavorables existentes y su respectiva influencia o incidencia en la ejecución del servicio contratado.

**NOVENA: AUDITORIA DE CALIDAD.** Las partes, de común acuerdo, establecen que los servicios prestados por parte dela CONTRATISTA, en virtud del presente contrato, serán objeto de auditoria de calidad por parte de FABISALUD IPS SAS, de acuerdo a su programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad

**DECIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Cualquiera de las partes, en cualquier tiempo, podrá dar por terminado el presente contrato de forma unilateral, comunicando esa intención a la otra parte. En el evento que una de las partes opte por la terminación unilateral, FABISALUD IPS SAS, liquidará y pagará al CONTRATISTA, solamente lo ejecutado hasta la fecha en que finalice el contrato.

**DECIMA PRIMERA: FORMAS DE TERMINACIÓN.** Constituyen formas de terminación del presente contrato las siguientes: **1.** Por mutuo acuerdo entre las partes, el cual se hará constar en un documento escrito en el que manifiesten su voluntad de terminar el presente contrato de esta manera. **2.** La terminación de manera unilateral. **3.** El vencimiento del plazo

**DECIMA SEGUNDA: INTERVENTORIA.** FABISALUD IPS SAS, directamente o a través de terceros que designe para ello, realizará la interventoría técnica y administrativa del contrato, con el fin de controlar el cumplimiento correcto y oportuno de las obligaciones pactadas en el mismo, hacer las recomendaciones pertinentes para tal efecto, y efectuar las pruebas necesarias para comprobar la correcta ejecución de las obligaciones contractuales.

**DECIMA TERCERA: INDEMNIDAD.** EL CONTRATISTA garantiza que mantendrá indemne a FABISALUD IPS SAS, de cualquier reclamación, acción judicial, quejas o requerimientos que tengan sustento en acciones u omisiones del CONTRATISTA, en desarrollo del presente contrato. En el evento en que se presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales en contra de FABISALUD IPS SAS, con motivo de las acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA, éste deberá concurrir al correspondiente trámite judicial o extrajudicial en defensa de los intereses de FABISALUD IPS SAS. Esta obligación comprende el pago de cualquier gasto que se origine judicial o extrajudicialmente, independientemente de donde provenga.



**DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** EL CONTRATISTA se compromete a mantener en reserva y bajo estricta confidencialidad los activos intelectuales e informaciones secretas que le sean reveladas por FABISALUD IPS SAS, o sus usuarios con motivo de la ejecución del presente contrato. No será necesario que una información clasifique como confidencial para que se entienda que tiene esta característica. En virtud de lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga de manera especial a: **1.** Mantener en reserva y no divulgar en provecho propio o de terceros la información comercial, técnica o administrativa que reciba FABISALUD IPS SAS. **2.** Mantener en reserva la información contenida en las historia clínicas de los pacientes que reciban atención en los lugares de prestación del servicio o en otros de propiedad de FABISALUD IPS SAS.

**DECIMA QUINTA: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, EL CONTRATISTA se obliga a efectuar en la forma y oportunidad establecida en la Ley, el pago de los aportes a todos los riesgos de la seguridad social (EPS, AFP Y ARP), que en su calidad de contratista independiente le corresponden.

**DECIMA SEXTA:** Este contrato es de prestación de servicios, en la ejecución del mismo LA CONTRATISTA actúa con plena autonomía profesional, siendo de su cargo la afiliación y pago de las cotizaciones por todos los riesgos de la seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), afiliación, elaboración y cumplimiento de los planes y programas de la seguridad social aplicables.

**DECIMA SEPTIMA: CESIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra en consideración a las calidades profesionales de EL CONTRATISTA, quien en consecuencia, no podrá ceder ni FABISALUD IPS SAS subcontratar total o parcialmente su ejecución; no obstante, podrá delegar a otro profesional, que reúna las mismas calidades del contratista, quien deberá previamente acreditarla ante la contratante.

**DECIMA OCTAVA: REFORMAS.** Toda modificación al presente contrato deberá hacerse por escrito de común acuerdo entre las partes.

**DECIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Cualquier diferencia, controversia o discrepancia que llegare a presentarse entre LAS PARTES, con motivo de la celebración, ejecución, interpretación, terminación o liquidación de este contrato será sometida al siguiente procedimiento: **1.** En primer término, se intentará el arreglo directo entre LAS PARTES, para lo cual, cada una de ellas procederá a designar un representante o delegado que intentará, junto con su par, llegar a un arreglo amigable, en un término que no podrá exceder de quince (15) días hábiles, contados a partir de la comunicación de la controversia. Este término podrá prorrogarse por un plazo igual, por mutuo acuerdo entre LAS PARTES. **2.** De persistir la controversia, su resolución será sometida a una Audiencia de Conciliación extrajudicial en derecho, en un Centro de Conciliación debidamente habilitado, a elección del solicitante. **3.** Si agotados los anteriores mecanismos no se ha logrado un acuerdo entre LAS PARTES, la controversia será resuelta por la Jurisdicción Ordinaria.

**VIGÉSIMA: DOMICILIO.** Para todos los efectos de este contrato, se fija como domicilio la ciudad de Cali.

**VIGÉSIMA PRIMERA: VALIDEZ DE LAS CLÁUSULAS.** En el evento de declararse inválida, nula, inexistente o inconstitucional, una o varias de las cláusulas de éste contrato, las restantes seguirán siendo válidas y vinculantes para las partes.

**VIGESIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Cuando con motivo de este contrato se requieran notificaciones o comunicaciones entre las partes, éstas podrán efectuarlas por cualquiera de los medios idóneos que permitan conservar la integridad de la información y sean confiables para las partes, tales como: correo certificado, mensajería con constancia de recibido, o fax. Cualquier cambio de dirección será notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones y comunicaciones serán recibidas por las partes en las siguientes direcciones: FABISALUD IPS SAS, en la AV 4N # 22N-46 de Cali, y el contratista en la KM 21 VIA CALI JÁMUNDI, Teléfono. 3398321 – 3155525187

Para constancia se firma en Santiago de Cali, en dos ejemplares de un mismo valor y tenor el día 21 de Febrero del año dos mil diecinueve (2019).

**EL CONTRATANTE**

**FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES**  
Representante Legal  
**FABISALUD IPS SAS**

**EL CONTRATISTA**

**JUAN JACOBO PADILLA GARRIDO**  
C.C. 14.638.735 DE CALI

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                            |                 |                    |                              |                     |          |                       |  |
|-------------------------------|----|----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social               | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                    | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 14638735                   |    | PADILLA GARRIDO JUAN JACOB | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calle 44 # 109 29 apto 104 e | CAJ-VALLE           | 7680039  | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |       |           |      |            |            |            |       |  |             |
|-----------------------------------|-------|-----------|------|------------|------------|------------|-------|--|-------------|
| Periodo                           | Clave | Planilla  | Tipo | Fecha      | Pago       | Días Mora  | Valor |  |             |
| Pensión                           | Salud | 814930840 | 1    | 2020/12/09 | 2020/11/30 | BANCO ITAU |       |  | \$3,329,300 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                    |                |                        |                    |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO    | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR      |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$1,772,300        | \$0            | \$0                    | \$1,772,300        |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$1,772,300        | \$0            | \$0                    | \$1,772,300        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$254,000          | \$0            | \$0                    | \$254,000          |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$254,000          | \$0            | \$0                    | \$254,000          |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$1,303,000        | \$0            | \$0                    | \$1,303,000        |  |
| COOMEVA                  | EPS016 | 805,000,427 | 1  | 1         | \$1,303,000        | \$0            | \$0                    | \$1,303,000        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$3,329,300</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$3,329,300</b> |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |           |                            |                 |                    |                              |                     |             |                       |  |
|-----------------------------------|-----------|----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------|---------------------|-------------|-----------------------|--|
| Identificación                    | dv        | Razon Social               | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                    | Ciudad-Departamento | Teléfono    | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 14638735                       |           | PADILLA GARRIDO JUAN JACOB | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calle 44 # 109 29 apto 104 e | CALI-VALLE          | 2686039     | No                    |  |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |           |                            |                 |                    |                              |                     |             |                       |  |
| Periodo                           | Clave     | Tipo                       | Fecha           | Pago               | Banco                        | Dias Mora           | Valor       |                       |  |
| 2020-11                           | 814930840 | Planilla                   | 2020/11/30      | 2020/11/30         | BANCO ITAU                   | 0                   | \$3,229,300 |                       |  |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES            |                |              |        |      |              |              |             |      |              |              |             |       |     |        |        |      |     |              |           |      |     |         |        |      |     |              |  |  |  |
|---------------------------------------------|----------------|--------------|--------|------|--------------|--------------|-------------|------|--------------|--------------|-------------|-------|-----|--------|--------|------|-----|--------------|-----------|------|-----|---------|--------|------|-----|--------------|--|--|--|
| EMPLEADO                                    |                |              |        |      |              | PENSION      |             |      |              |              |             | SALUD |     |        |        |      |     | CCF          |           |      |     | RIESGOS |        |      |     | PARAFISCALES |  |  |  |
| No.                                         | Identificación | Nombres      | Código | Días | IBC          | Aporte       | Código      | Días | IBC          | Aporte       | Código      | Días  | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte       | Código    | Días | IBC | Aporte  | Código | Días | IBC | Aporte       |  |  |  |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)          |                |              |        |      |              | \$10,424,000 | \$1,772,300 |      |              | \$10,424,000 | \$1,303,000 |       |     | \$0    |        |      |     | \$10,424,000 | \$254,000 |      |     | \$0     |        |      |     | \$0          |  |  |  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) |                |              |        |      |              | \$10,424,000 | \$1,772,300 |      |              | \$10,424,000 | \$1,303,000 |       |     | \$0    |        |      |     | \$10,424,000 | \$254,000 |      |     | \$0     |        |      |     | \$0          |  |  |  |
| Ciudad: CALI Deptos: VALLE ( 1 Afiliados)   |                |              |        |      |              | \$10,424,000 | \$1,772,300 |      |              | \$10,424,000 | \$1,303,000 |       |     | \$0    |        |      |     | \$10,424,000 | \$254,000 |      |     | \$0     |        |      |     | \$0          |  |  |  |
| 1                                           | CC 14638735    | PADILLA JUAN | 230301 | 30   | \$10,424,000 | \$1,772,300  |             |      | \$10,424,000 | \$1,303,000  |             |       | \$0 |        |        |      |     | \$10,424,000 | \$254,000 |      |     | \$0     |        |      |     | \$0          |  |  |  |
| Total Afiliados( 1)                         |                |              |        |      |              | \$10,424,000 | \$1,772,300 |      |              | \$10,424,000 | \$1,303,000 |       |     | \$0    |        |      |     | \$10,424,000 | \$254,000 |      |     | \$0     |        |      |     | \$0          |  |  |  |