

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</div>	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento Humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	02
		VIGENCIA	05/08/2024

OK

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.					
NOMBRES Y APELLIDOS:					
CARGO:					
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTION DE TALENTO HUMANO					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	/			
2	Hoja de vida en pdf (actualizada con foto)	/			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	/			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	/			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses	/			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses	/			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	/			
8	Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses	/			
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	/			
10	Registro usuario Secop II	/			
11	RUT Actualizado	/			
12	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	/			
13	Certificado actual de afiliación EPS	/			
14	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	/			
15	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	/			
16	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II	/			
17	Formato de oferta de prestación de servicios	/			
18	Formato de indemnidad	/			
19	Formato de ARL	/			
20	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)	/			
21	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	/			
22	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	/			
23	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	/			
24	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	/			
25	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	/			
26	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años	/			
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES					
*DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
27	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
28	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
29	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado	/			
31	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Tarjeta profesional	/			
34	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca	/			
35	ReTHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)	/			
36	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES					
37	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	/			
38	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	/			
39	Manejo del duelo (Asistenciales)	/			
40	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	/			
AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
41	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
42	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
43	Toma de muestra con fecha de vigencia				
44	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS					
45	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
46	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
47	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
MEDICO URGENCIOLOGO					
48	Certificado en formación de sedación				
ODONTOLOGO					
49	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
50	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
51	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
52	Retiro e inserción DIU				
53	Retiro e inserción JADELLE				

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</div>	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento Humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSION	02
		VIGENCIA	05/08/2024

54	Certificado de formación en toma de citología				
55	Soporte vital avanzado				
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
56	Soporte vital avanzado				
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
57	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
58	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
59	Registro único nacional de tránsito RUNT				
60	Licencia de conducción				
61	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito				
62	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensoométricas * Vigencia 3 años.				
AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA					
63	Soporte vital básico				
64	Primeros Auxilios				
65	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
INGENIERO BIOMEDICO					
66	Certificado del registro INVIMA				
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO					
67	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
68	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
69	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
70	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
SERVICIO DE ALIMENTACION					
71	Certificación de manipulación de alimentos				
72	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
MANTENIMIENTO					
73	Certificado curso de alturas				
74	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
EXPERIENCIA LABORAL					
75	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado				
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).
- El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.



COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 11 de octubre de 2024

Doctora.

DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

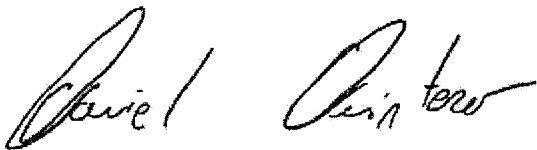
REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Daniel Stiven Quintero Rincón

Cargo Médico general

Respetad Doctor Diego Alejandro García Londoño, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



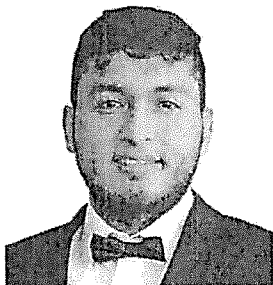
Nombre del Contratista Daniel Stiven Quintero Rincón

CC: 1023933370

Dirección: Calle 6C # 72C - 65

Email: dsquinteror0326@gmail.com

Teléfono/ Celular: 3194013847



DANIEL STIVEN QUINTERO RINCÓN
Médico general

PERFIL

Profesional de la salud que ejerce su vocación de servicio a partir de una comunicación efectiva y respetuosa con sentido crítico ante las circunstancias, con disposición a aprender y al mejoramiento continuo personal y de su práctica profesional.

HABILIDADES

Persona responsable con sus funciones laborales, líder de procesos, cooperativo con sus colegas y comprometido con los pacientes.

CONTACTO

Teléfono:
3194013847

Correo electrónico:
dsquinteror0326@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2999-901X>

EDUCACIÓN

Universidad Nacional de Colombia (Bogotá, Colombia)
Medicina
2015- 2021

Universidad Nacional de Colombia (Bogotá, Colombia)
Integrante del semillero de Ortopedia y traumatología 2019-2021

Istituto tecnico Industriale Statale Francesco Severi (Padova,Italia)
Liceo scientifico tecnologico
2014

EXPERIENCIA LABORAL

- Médico general – Urgencias Clínica Shaio Bogotá (Abril 2024– Actual)
- Médico general – Urgencias Hospital Santa Clara Bogotá(marzo 2022 – Abril 2024)
- Médico general – Sanitas EPS (septiembre 2021 – febrero 2022)

CURSOS REALIZADOS

- Diplomado en urgencias médicas Gescons 2021
- Soporte vital básico y avanzado. BLS – ACLS 2024
- Atención integral a víctimas por violencia sexual y de genero 2024
- Buenas prácticas clínicas y regulación nacional en investigación clínica. 2021

PUBLICACIONES Y MANUSCRITOS

- Ferreira Bohórquez, E. J., Quintero Rincón, D. S., Caro Gamboa, Y. V., & Ayala Forero, M. C. (2022). Síndrome de Peutz-Jeghers: reporte de caso. Revista Colombiana De Gastroenterología, 37(4), 502–506. <https://doi.org/10.22516/25007440.815>

Los manuscritos que se mencionarán a continuación se encuentran en edición para presentación en revistas indexadas.

- Vergara Amador, Enrique; Gutiérrez Prieto, Juan Esteban; Quintero Rincón, Daniel Stiven. Seguimiento radiológico y clínico a pacientes pediátricos con diagnóstico de fractura de cóndilo lateral del húmero. 2022.
- Ortiz, Jorge Rolando; Alvarado Lasso; Alberto Alonso; Quintero Rincón, Daniel Stiven; Paneso, Juan Esteban. Cirugía múltiple en luxación irreductible de la rótula con liberación del retináculo lateral, osteotomía de la tuberosidad tibial anterior y reconstrucción de ligamento patelofemoral y patelotibial medial, realizada en el Hospital Universitario Nacional de Colombia: nota técnica. 2021
- Galván Villamarín, José Fernando; Quintero Rincón, Daniel Stiven; Incidencia de lesiones en boxeadores de la liga de Boxeo de Bogotá. 2019

REFERENCIAS

Nombre:
Edgar Julián Ferreira Bohórquez
Profesión:
Gastroenterólogo clínica comuneros
Bucaramanga
Contacto:
3002211221

Nombre:
Laura Viviana Rincón Rojas
Profesión:
Nutricionista dietista. Candidata
Magister en fisiología
Contacto:
3194836867

IDIOMAS

- Español – Nativo
- Italiano – Nativo
- Inglés B1



Daniel Stiven Quintero Rincón
1023933370

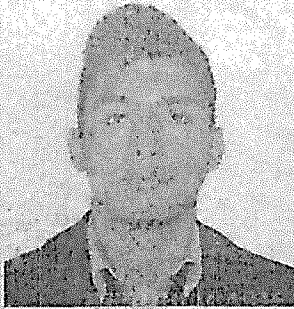
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.933.370
QUINTERO RINCON

PELLIDOS
DANIEL STIVEN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-JUN-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00384649-M-1023933370-20120628 0030344511A 1 38477846

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1023933370, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: DANIEL
Segundo Nombre: STIVEN
Primer Apellido: QUINTERO
Segundo Apellido: RINCON
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía
Número Documento: 1023933370
Razón para el estado: Reservista
Estado del ciudadano: 2da Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 29 días del mes de Marzo de 2024, a las 12:22:03 PM.

Cordialmente,

T.C. JUAN MAURICIO DÍAZ SÁNCHEZ.

Generó: Sistema Fénix

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional



PATRIA HONOR LEALTAD

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Cra. 11 B No. 104-64 Bogotá D.C- Colombia
CallCenter: (601) 4261420
Horario de atención de Lunes a Viernes



1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

2. The second part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO

No. 256090918



PIB

09:48:54

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 11 de octubre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023933370:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA

Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

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 de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co

1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to the various sub-committees. The names are listed in alphabetical order of the last name.

2. The second part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to the various sub-committees. The names are listed in alphabetical order of the last name.

1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to the various sub-committees. The names are listed in alphabetical order of the last name.

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

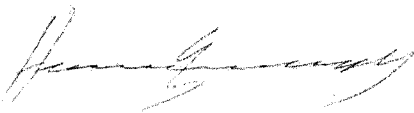
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 11 de octubre de 2024, a las 09:29:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1023933370
Código de Verificación	1023933370241011092952

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CGR



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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:31:24 AM horas del 11/10/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1023933370

Apellidos y Nombres: QUINTERO RINCON DANIEL STIVEN

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.

1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

2. The second part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

3. The third part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/10/2024 09:39:26 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1023933370** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 “Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana”. Registro interno de validación No. **103331110** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

515 9000



Dios y
Patria

Policia Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



GOV.CO

12

12



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C102393337000205797

Código de verificación

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **DANIEL STIVEN QUINTERO RINCÓN**, identificado(a) con C.C. No. 1023933370 y T.P. o R.M. No. 1023933370 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 11 octubre 2024 a solicitud del(a) interesado(a).


ELIANA PATRICIA RAMÍREZ CANO
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com

100

100



Búsqueda ▼ Mis procesos ▼ Menú ▼ Ir a

Buscar...



Escritorio → Configuraciones de Perfil



Mis datos de usuario



Noticias SECOP



Mis registros



Accesos del usuario



Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario

Género Hombre
Cargo
Título Dr(a)
Nombre
Apellidos
Fecha de Nacimiento
Nombre y apellido Daniel Stiven Quintero Rincón
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1023933370
Dirección
Código postal
Estrato
Ubicación
País COLOMBIA
Correo electrónico dsquinteror0326@gmail.com
Teléfono
Celular 3194013847
Nivel Educativo



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta Jesolo
SMS para recuperar la contraseña 3194013847

Editar

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 13 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141056490711	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1023933370		6. DV 9		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de Identificación 1023933370	
27. Fecha expedición					
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 169		29. Departamento Bogotá D.C. 11	
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 001					
31. Primer apellido QUINTERO		32. Segundo apellido RINCON		33. Primer nombre DANIEL	
34. Otros nombres STIVEN					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Bogotá D.C. 11		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 001	
41. Dirección principal AC 17 SUR 10 37					
42. Correo electrónico dsquinteror0326@gmail.com					
43. Código postal 110110		44. Teléfono 1 3194013847		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8699		47. Fecha inicio actividad 20220101		48. Código 8621	
49. Fecha inicio actividad 20220201		50. Código 12		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 549					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha 2024 - 07 - 04 / 21 : 18: 29					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA					
985. Cargo					
Firma del solicitante:					

.....

.....

.....

 <div>REGION DE SALUD SOACHA</div>	FORMATO SARLAFT		Codigo		TH_FTO_45								
			Version		0								
			Vigencia		6/07/2022								
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT													
FECHA:		2024-09-11	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá							
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.													
CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)													
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:			
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL													
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO:			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE				
Quintero			Rincon			Daniel			Stiven				
TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)				FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)			
C.C. ☒				1023933370		Bogotá				2012-06-08			
PASAPORTE ☐				OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐							
FECHA NACIMIENTO:			LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)			PAIS NACIMIENTO			NACIONALIDAD:				
1993-03-26			Bogotá			Colombia			Colombiana				
ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR			
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ DO(A) ☐						Ninguna		0		3194013847			
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA										PROFESION / OFICIO			
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐										CUAL: <input type="text"/>		CONTRATISTA	
DIRECCION RESIDENCIA:			CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:			PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA			
Calle 6C # 72 C -65			Bogotá		Bogotá			Colombia		3194013847			
CORREO ELECTRONICO:			PORTAL O PAGINA INTERNET				TIPO DE VIVIENDA						
dsquinteror0326@gmail.com							PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒						
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)			CIUDAD:		DEPARTAMENTO:			PAIS:		TELEFONO/FAX			
2. DATOS DEL CONYUGE													
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO:			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)				FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)			
C.C. ☐													
PASAPORTE ☐				OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐				NACIONALIDAD:			
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:													
ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HOGAR ☐		PENSIONADO ☐		CUAL: <input type="text"/>					
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☒		COMERCIANTE ☐		EMPLEADO PUBLICO ☐							
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐				OTRA ☐							
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI ☒		IVA		SI ☐		NO ☒		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
				NO ☐		ICA		SI ☐		NO ☒		8699 <input type="text"/> 8621 <input type="text"/>	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR				SI ☐		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☒		SI ☐	
								NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR		NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS				NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA							
SI ☐ NO ☒		☐ NO ☒				ESE Region de Salud Soacha							
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				GOBIERNO <input type="text"/>				SERVICIOS ☐ SALUD ☒		# NIT		800006850-3	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ NOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐													
OTRA ☐													

	FORMATO SARLAFT				Codigo		TH_FTO_45						
					Version		0						
					Vigencia		6/07/2022						
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS					
Calle 13 # 9 -95		7309230		Soacha		Cundinamarca		Colombia					
CARGO ACTUAL			Médico general			FECHA VINCULACION		2024-10-11					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO													
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION		TIPO SOCIEDAD			
5. INFORMACIÓN FINANCIERA													
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS		PASIVOS					
SALARIOS \$ 3.000.000			GASTOS FAMILIARES \$ 2.000.000			AHORROS \$ 5.000.000		SALDO HIPOTECA					
HONORARIOS			ARRIENDOS			INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO					
ARRIENDOS			CUOTA VEHICULO			VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS					
COMISIONES			CUOTA VIVIENDA			PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS					
OTROS INGRESOS*			OTROS EGRESOS*			OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*					
TOTAL INGRESOS \$ 3.000.000			TOTAL EGRESOS \$ 2.000.000			TOTAL ACTIVOS \$ 5.000.000		TOTAL PASIVOS \$ 0					
DESCRIPCION OTROS INGRESOS			DESCRIPCION OTROS EGRESOS			DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS					
N/A			N/A			N/A		N/A					
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)													
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO:			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
Rincón			Rojas			Laura		Viviana					
DIRECCION			CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS			TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR					
Carrera 97#24-32			Bogota			Amiga		3194836867					
7. REFERENCIA FINANCIERA													
NOMBRE ENTIDAD			TIPO DE PRODUCTO			NUMERO		SUCURSAL		TELEFONO			
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒													
NOMBRE ENTIDAD			TIPO DE PRODUCTO			NUMERO		PAIS/CIUDAD		MONEDA		MONTO PROMEDIO	
N/A			N/A			N/A		N/A		N/A		N/A	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:										CUAL:			
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐													
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS													
<p>Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".</p> <p>1. Que los recursos que entregue y entregará a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</p> <div>Aquí debe diligenciar el perfil por el cual se contratara ej: Auxiliar de Enfermería, Medico General Etc medico general</div> <p>2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique)</p> <p>3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.</p> <p>4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas.</p> <p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.</p> <p>6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.</p> <p>7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>													
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS													
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante</p>													

 <div>REGION DE SALUD SOACHA</div>	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días. expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA; CREDITICIA; COMERCIAL; DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente.

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas

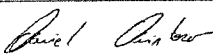
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

2. The second part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

3. The third part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Daniel Stiven Quintero Rincon, identificado(a) con CC número 1023933370, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1023933370
NOMBRES Y APELLIDOS	Daniel Stiven Quintero Rincon
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	25/03/1993
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/05/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 860006656 FUNDACION ABOOD SHAIQ Desde 09/04/2024
- Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1023933370 DANIEL
STIVEN QUINTERO RINCON Desde 01/05/2022 Hasta
31/05/2024

1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

2. The second part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

3. The third part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1023933370**, se encuentra afiliado/a desde **02/01/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de octubre de 2024.



Rosa Mercedes Nino 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.



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Quintero		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Rincon		NOMBRES Daniel Stiven	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023933370			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒		NÚMERO 1023933370		D.M. 4	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 26 MES 03 AÑO 1993			CALLE 6C 72C 65		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		
DEPTO BOGOTÁ. D.C.			DEPTO BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		
			TELÉFONO 3194013847		EMAIL dsquinteror0326@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	07	2021	1023933370

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																									
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA																	
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																			
TELÉFONOS 6013282828		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO																	
		Día		02		Mes		03		Año		2022		Día		20		Mes		03		Año		2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL				DEPENDENCIA CONSULTA MEDICINA GENERAL						DIRECCIÓN DIAGONAL 34 5 43															
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																									
EMPRESA O ENTIDAD EPS SANITAS - KERALTY GROUP				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA																	
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																			
TELÉFONOS 6466060		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO																	
		Día		27		Mes		09		Año		2021		Día		01		Mes		03		Año		2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO MEDICO GENERAL				DEPENDENCIA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL						DIRECCIÓN CARRERA 18 SUR 15 14															

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	5

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

SOACHA 18 DE OCTUBRE DEL 2024



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Periodo 01/01/2023 - 31/12/2023

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA				
1.1. DE BIENES Y RENTAS				
YO, Daniel Stiven Quintero Rincon				
IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1023933370		CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:		
PAIS: COLOMBIA		DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.
DIRECCIÓN: CALLE 6C 72C 65		TELÉFONO: 3194013847		
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO				VALOR
HONORARIOS				\$5.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS				\$0
TOTAL				\$5.000.000
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	CUENTA DE AHORROS	48844464629	Bogotá, D.C.	5.000.000
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			VALOR
MUEBLES	Motocicleta			16.500.000
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:				
ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO			VALOR
1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES				
a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:				
ENTIDAD O INSTITUCIÓN				CALIDAD DE MIEMBRO
b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:				
CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN				CALIDAD DE SOCIO
c) En la actualidad SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:				
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		N°
		C.C. C.E. T.I.		
2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA				
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:				
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES				FORMA DE PARTICIPACIÓN

[Handwritten Signature]

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Seacha 18-10-2024

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</div>	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 11 de Octubre de 2024

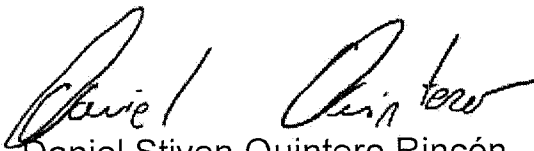
NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Daniel Stiven Quintero Rincón, identificado(a) con cedula No. 1023933370 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de Médico general, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (x) no () acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,



Daniel Stiven Quintero Rincón

C.C.1023933370

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgyc.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha –Cundinamarca-Colombia.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha
evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

.....

.....

1

2

3

4

5

6

1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

2. The second part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

3. The third part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</div>	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Daniel Stiven Quintero Rincón
Nº Documento: 1023933370
Fecha de Nacimiento: 2 6 / 0 3 / 1 9 9 3
Dirección: Calle 6C # 72 C - 65
Teléfono. Fijo – Celular: 3194013847
E-mail: dsquinteror0326@gmail.com
EPS: Sanitas
AFP: Colpensiones

Firma Contratista: 

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

2. The second part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

3. The third part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the



INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800006850
Número Afiliación: 215221
Razón social: HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S
E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento: C.C.
Número de documento: 1023933370
Nombre: DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON
Fecha Inicio contrato: 29/10/2024
Fecha Fin contrato: 31/12/2024
Fecha Inicio cobertura: 30/10/2024
Número contrato: 12925
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal SUCURSAL 14
Centro de trabajo CTRAB 003
Fecha hora transacción: 29/10/2024 02:32:20 p. m.

1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

2. The second part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

3. The third part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</div>	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 11 de Octubre de 2024

Señores:

Universidad Nacional de Colombia
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Daniel Stiven Quintero Rincón en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Artículo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad “el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento”.

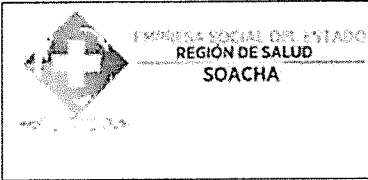
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

(Médico cirujano)

Cordialmente;

Firma 

Nº Documento 1023933370
Tarjeta Profesional Nº1023933370
Dirección de contacto Calle 6C # 72 C -65
Teléfono 3194013847

	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PERSONAL DE PLANTA		
	PROCESO: Jurídica y Talento Humano.	CÓDIGO	JUR_FTO_21
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	23/01/2023

Yo, Daniel Stiven Quintero Rincón, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1023933370, expedida en Bogotá, en mi condición de funcionario de la ESE Región de Salud Soacha, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible.

CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la ESE Región de Salud Soacha y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las funciones legales.

CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el servidor público, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la ESE Región de Salud Soacha.

CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del servidor Público. Como empleado de la ESE Región de Salud Soacha, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión de la ejecución de mis funciones y a no divulgar a terceras personas sin autorización del jefe y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizaré la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la ESE Región de Salud Soacha.

Parágrafo Primero. Como empleado responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de los términos pactados.

CLÁUSULA QUINTA: Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva.

CLÁUSULA SEXTA:

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</div>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PERSONAL DE PLANTA		
	PROCESO: Jurídica y Talento Humano.	CÓDIGO	JUR_FTO_21
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	23/01/2023

Utilización de la información: Como empleado de la ESE Región de Salud Soacha me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA: Contraseña:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuestade creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debecumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA: Traspaso de información.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos que tengannecesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso que se les entregué información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de lostérminos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA: Bloqueo.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de loslímites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informare al Adminsitrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar lasacciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ: Aplicación normativa.** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:**

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</div>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PERSONAL DE PLANTA		
	PROCESO: Jurídica y Talento Humano.	CÓDIGO	JUR_FTO_21
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	23/01/2023

Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA: Sanciones.** La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA: Vigencia.** El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del nombramiento, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del nombramiento.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none">DATADOCSIVIGILASIVISALAMANGOPAI WEBDINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIAPLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES PLIC	XX
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</div>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: PERSONAL DE PLANTA		
	PROCESO: Jurídica y Talento Humano.	CÓDIGO	JUR_FTO_21
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	23/01/2023

Para constancia se firma en Soacha, a los 11 días, del mes de OCTUBRE del año 2024



Firma y huella

3194013847

Celular No.

dsquinteror0326@gmail.com

Correo institucional

 <div>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</div>	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH_FTO_56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

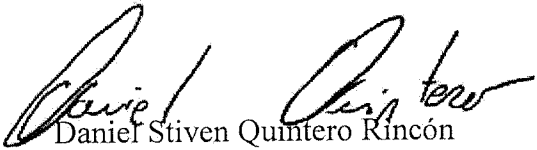
Soacha, 11 de octubre de 2024

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
Soacha (Cundinamarca)

Yo Daniel Stiven Quintero Rincón con C.C.1023933370 expedida en Bogotá, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,


Daniel Stiven Quintero Rincón

C.C. 102393370

95

95



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION MEDELLIN	SUCURSAL MEDELLIN	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 65-03-101068716	ANEXO No. 0
TOMADOR DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON	DIRECCION CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	CC 1.023.933.370	TELEFONO 3194013847
ASEGURADO DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON	DIRECCION CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	CC 1.023.933.370	TELEFONO 3194013847
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 05 / 04 / 2024	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 04 / 2024		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 04 / 2025	
			DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 04 / 2024	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 04 / 2025
INTERMEDIARIO SANIN ALIANZA LTDA	CLAVE 133456	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 500,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 500,000,000.00		\$ 100,000,000.00

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

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****500,000,000.00	PRIMA:	\$ *****324,569.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****61,668.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****386,238.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006, TELÉFONO 3695060 - MEDELLIN

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11012618924797 (3900) 000000386238 (96) 20240523

REFERENCIA
PAGO:
1101261892479-7

65-03-101068716

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DLG133456C

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION MEDELLIN	SUCURSAL MEDELLIN	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 65-03-101068716	ANEXO No. 0
TOMADOR DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON		CC 1.023.933.370		
DIRECCION CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55		CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 3194013847	
ASEGURADO DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON		CC 1.023.933.370		
DIRECCION CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55		CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 3194013847	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0		
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 05 / 04 / 2024	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 04 / 2024 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 04 / 2025		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 04 / 2024 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 04 / 2025	
INTERMEDIARIO SANIN ALIANZA LTDA CLIENTE	CLAVE 133456	% PARTICIPACION 100.00	COASEGURO CEDIDO COMPANIA % PARTICIPACION	

INFORMACIÓN DEL RIESGO

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****500,000,000.00	PRIMA:	\$ *****324,569.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****61,668.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****386,238.00

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 45 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.

CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006, TELÉFONO 3695060 - MEDELLIN

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415) 7709998021167 (8020) 11012618924797 (3900) 000000386238 (96) 20240523

REFERENCIA
PAGO:
1101261892479-7

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



SEGUROS
DEL
ESTADO
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO		POLIZA No	ANEXO No.
MEDELLIN	EMISION ORIGINAL		65-03-101068716	0
TOMADOR	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON		CC	1.023.933.370
DIRECCION	CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 3194013847
ASEGURADO	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON		CC	1.023.933.370
DIRECCION	CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 3194013847
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
VIGENCIA: 12 MESES - INICIO DE VIGENCIA A PARTIR DE LA ORDEN EN FIRME
UBICACIN CONSULTORIO: SIN CONSULTORIO
SINIESTRALIDAD: POLIZA NUEVA - SIN SINIESTROS
BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).
CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.
NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01
LIMITE ASEGURADO: \$500.000.000.00
SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.
ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA: MEDICINA GENERAL
COBERTURAS:
1.AMPARO BASICO:
1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.
SE PRECISA QUE SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL QUE SURJA A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS (VER SECCION IIII DEFINICIONES GENERALES), COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA.
CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.
TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.
PARAGAF0: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION IIII), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.
1.2GASTOS DE DEFENSA: SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.
EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:
1.2.1 LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.
1.2.2 SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.
1.2.3 EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.
2.EXTENSIONES COBERTURA BASICA



SEGUROS
DEL
ESTADO
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	MEDELLIN		TIPO DE MOVIMIENTO	EMISION ORIGINAL		POLIZA No.	65-03-101068716		ANEXO No.	0	
TOMADOR	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON					CC	1.023.933.370				
DIRECCION	CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55					CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT		TELEFONO	3194013847	
ASEGURADO	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON					CC	1.023.933.370				
DIRECCION	CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55					CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL		TELEFONO	3194013847	
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS					NIT	0-0				
TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA											
CON SUJECCION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:											
2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.											
NO OBTANTE, LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.											
2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.											
2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:											
1.LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APAREZCAN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.											
2.LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APAREZCAN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.											
3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE ASEGURADO NO INFERIOR AL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE ERRORES U OMISIONES.											
PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.											
LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:											
COBERTURA											
AMPARO BASICO: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.											
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.											
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.											
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA.											
GASTOS DE DEFENSA:											
POR EVENTO: SUBLIMITE HASTA \$15.000.000.00											
POR VIGENCIA: SUBLIMITE HASTA \$100.000.000.00											
DEDUCIBLES:											
GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS											
DEMAS AMPAROS: 10% DE LA PERDIDA - MINIMO 1SMMLV											
PRIMA VIGENCIA (IVA INCLUIDO): \$386.238											
EXCLUSIONES:											
BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS, DAÑOS Y/O PERJUICIOS CONSISTENTES EN, ORIGINADOS POR, CONSECUENCIA DE, O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:											



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.576-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSA.		TIPO DE MOVIMIENTO		POLIZA No.		ANEXO No.	
MEDELLIN		EMISION ORIGINAL		65-03-101068716		0	
TOMADOR	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON			CC	1.023.933.370		
DIRECCION	CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55			CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT		
				TELEFONO	3194013847		
ASEGURADO	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON			CC	1.023.933.370		
DIRECCION	CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55			CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL		
				TELEFONO	3194013847		
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0		

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2 AÑOS) DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
2. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
3. RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD O TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.
6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
7. PERJUICIOS CAUSADOS POR 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- (RESOLUCIN 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIN 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 Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.
9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.
10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.
11. PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
- I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
- II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
- III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
- IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.
12. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.
13. 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.
14. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.
15. 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.
16. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.
17. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.
18. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
19. 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.
20. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
21. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY.
22. CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE ACTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECCION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
23. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
24. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
25. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
30. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
31. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.



SEGUROS
DEL
ESTADO
NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO		FOLIO No.	ANEXO No.
MEDELLIN	EMISION ORIGINAL		65-03-101068716	0
TOMADOR	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON	CC	1.023.933.370	
DIRECCION	CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 3194013847
ASEGURADO	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON	CC	1.023.933.370	
DIRECCION	CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 3194013847
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICIN MEDICO - CIENTIFICA.

30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.

31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHOS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.

33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTA RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA.

36.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS, O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.

II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.

38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA.

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. AS COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, AS 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. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELFONO.

42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBI IMPREVISTO.

45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

47.EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.

48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISSENTIMIENTO INFORMADO.

51.RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.

52.CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

53.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.

54.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

55.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

DLG133456C

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO		POLIZA No	ANEXO No.
MEDELLIN	EMISION ORIGINAL		65-03-101068716	0
TOMADOR	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON		CC	1.023.933.370
DIRECCION	CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55		CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT
			TELEFONO	3194013847
ASEGURADO	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON		CC	1.023.933.370
DIRECCION	CR 38 A BIS A NRO. 4 - 55		CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
			TELEFONO	3194013847
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURO ESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

56. CUANDO NO SE LLEVE UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
57. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:
- A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.
- B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y
- C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
58. EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
59. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
60. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
61. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
62. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A VES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
63. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.
64. EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: EL SEGURO PROVISTO POR ESTE ACUERDO NO SE APLICA A PERDIDAS O GASTOS QUE SURJAN O CONTRIBUYAN A UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES CASOS:
1. PERDIDA, ALTERACION O DAÑO A, CORRUPCION O REDUCCION DE LA FUNCIONALIDAD, DISPONIBILIDAD U OPERACION DE CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA ELECTRONICO DE DATOS, HARDWARE, PROCESO, PROGRAMA, SOFTWARE, DATOS, DEPOSITO DE INFORMACION, MICROCHIP, CIRCUITO INTEGRADO O DISPOSITIVO SIMILAR EN EQUIPOS INFORMATICOS O NO INFORMATICOS, YA SEA PROPIEDAD DEL ASEGURADO EN LA POLIZA DEL REASEGURADO O NO.
2. CUALQUIER ACCESO O DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, DE PROPIEDAD U OTRA INFORMACION NO PUBLICA DE CUALQUIER PERSONA U ORGANIZACION EN CUALQUIER FORMA REGISTRABLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS GASTOS ASOCIADOS CON LA NOTIFICACION, REPARACION, MITIGACION O PREVENCIÓN DE UNA VIOLACION DE SEGURIDAD; O
3. AMENAZAS DE EXTORSION, FRAUDE Y ROBO QUE INVOLUCREN CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SOFTWARE, PROCESO O PROGRAMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA DE DATOS ELECTRONICOS O CUALQUIER INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, PRIVADA U OTRA INFORMACION NO PUBLICA.
65. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: SEGURO ESTADO NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:
1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOMA MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:
- A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
- B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
2. EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO DE SEGUIR UN PLAN DE GESTION DE CRISIS QUE ABORDE LOS PASOS MENCIONADOS EN (I) ARRIBA; O
3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
- A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
- B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
- C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.
- PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
- 1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
- 2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA

LITO TERRITORIAL: COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.

NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURO ESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO.

LA PRESENTE POLIZA SE EXPIDE COMO GLOBAL PARA LA ACTIVIDAD DEL CLIENTE, BAJO VIGENCIAS ANUALIZADAS, PODRA SER RENOVADA O REVOCADA, PERO NO SE PODRAN REALIZAR MOVIMIENTOS DE PRORROGA.

COCCO



Nombres y Apellidos: DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON Documento: CC 1023933370 Fecha Nacimiento: 26/03/1993 Fecha Generación: 03/02/2024

Edad	Me protege de	Dosis	Tipo Esquema	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador
				Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
12 meses	Fiebre amarilla	Única	PAI	10	9	2020		R3C541V	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL				sonia marcela cantarero castañed
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Primer Refuerzo	PAI Adicional	19	12	2021	Moderna Biotech	005H21A	UNIDAD DE SERVICIOS CALLE 42				ADRIANA BELTRAN DELGADILLO
Sin rango de edad	COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	PAI Adicional	16	12	2023	Catalent Indiana	010B23-2A	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA				YENY MILEC MARTINEZ MARTINEZ
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	PAI Adicional	27	2	2021	PFIZER	EN1195	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD UNIVERSIDAD NACIONAL	20	3	2021	FANNY matiz MATZ DELGADO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	PAI Adicional	19	3	2021		EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA UNISALUD				WENDY YUBELY MENDOZA ARROYABE
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	PAI Adicional	27	7	2022	PFIZER	PCA0074	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLAYA	4	12	2022	DUVAN YIL VIEY PEDRAZA ROZO
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	PAI Adicional	9	9	2020		V50220016	SOCORRO ESE HOSPITAL REGIONAL	9	9	2021	JESSICA TATIANA CHACON RODRIGU

.....

.....

.....



Nombre

Identificación

Edad

Médico

No. Ordenamiento

Fecha de nacimiento

QUINTERO RINCON DANIEL STIVEN

CC 1023933370

29 Años 7 Meses 21 Dias

MEDICOS VARIOS

26-mar.-1993

Tel.

Sexo

3194013847

M

Fecha de recepción:

Fecha Muestra

Fecha de impresion:

Empresa

Sede

16/11/2022

16/11/2022

21/11/2022

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S A - (ARL)

SEDE VITALEA UNIDAD MOVIL

111605530

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE

MAYOR DE 1000.00 mUI/mL

Metodo: Quimioluminiscencia

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml

Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml

Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml



YENNY JUDITH CASTILLO GALVAN
C.C.49717218
BACTERIOLOGA

17-nov.-2022 4:52 am



MAYRA XIMENA SAMACA VILLAMIL
CC.33.702.566
DIRECTORA DE LABORATORIO

17-nov.-2022 7:57 am

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1023933370
Nombres y Apellidos	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON
Fecha de nacimiento:	26/03/1995

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				
COVID - 19	Primera dosis	27/02/2021	Pfizer	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA UNISALUD
	Segunda dosis	19/03/2021	Pfizer	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA UNISALUD
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	27/08/2015	Recombax B	UFX13004 UN 09/2016	IPS UNIVERSIDAD NACIONAL DIVISION DE SALUD ESTUDIANTEL
	Segunda dosis	14/08/2017	Engerix B Adultos	1434033.01 un 09/2020	IPS UNIVERSIDAD NACIONAL DIVISION DE SALUD ESTUDIANTEL
	Tercera dosis	12/10/2017	Hepavax Gene	1434033.01 un 09/2020	IPS UNIVERSIDAD NACIONAL DIVISION DE SALUD ESTUDIANTEL
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				



Institución vacunadora: 110010922000

Fecha de generación del carné: viernes, 02 de febrero de 2024 04:01 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1023933370
Nombres y Apellidos	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON
Fecha de nacimiento:	26/03/1995

Hepatitis B segundo esquema	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	16/12/2023	BUTANTAN	230046	HOSPITAL LA VICTORIA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis	02/06/2015	Inmovax -SERUM	K7113-2 UN 03/2016	IPS UNIVERSIDAD NACIONAL DIVISION DE SALUD ESTUDIANTIL
	Segunda dosis	26/08/2015	Inmovax -SERUM	K7113-2 UN 03/2016	IPS UNIVERSIDAD NACIONAL DIVISION DE SALUD ESTUDIANTIL
	Tercera dosis	14/08/2017	Inmovax -SERUM	M711612V UN 04/2018	IPS UNIVERSIDAD NACIONAL DIVISION DE SALUD ESTUDIANTIL
	Primera dosis	27/08/2015	Trimovax Merieux	K5364-2 UN 06/2016	IPS UNIVERSIDAD NACIONAL DIVISION DE SALUD ESTUDIANTIL
Triple viral	Primera dosis				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela					



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010922000

Fecha de generación del carné: viernes, 02 de febrero de 2024 04:01 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1023933370
Nombres y Apellidos	DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON
Fecha de nacimiento:	26/03/1995

Varicela	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis	30/08/2017	Gardasil - MSD	m035165 un 03/2019	IPS UNIVERSIDAD NACIONAL DIVISION DE SALUD ESTUDIANTEL
	Segunda dosis	30/10/2017	Gardasil - MSD	m035165 un 03/2019	IPS UNIVERSIDAD NACIONAL DIVISION DE SALUD ESTUDIANTEL
	Tercera dosis	03/05/2018	Gardasil - MSD	N008404	IPS UNIVERSIDAD NACIONAL DIVISION DE SALUD ESTUDIANTEL



Nit. 900.844.030-8
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C.
www.bsl.com.co



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 1/12/2023

Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional Ingreso

Paciente: Daniel Stiven Quintero Rincón

Documento: 1023933370

Edad: 30 Género: MASCULINO

Ciudad: Bogotá

Empresa: PARTICULAR

Cargo: MEDICO GENERAL

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Visiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Daniel Quintero con documento de identificación No 1023933370 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
2. CAPACITACIÓN DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA
3. ADECUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTO DE TRABAJO
4. EJERCICIO FISICO FRECUENTE.
5. DIETA BALANCEADA.

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.

Consumes alimentos variados, incluyendo frutas y verduras

Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar

Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua

Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.

Reduce la exposición a noticias negativas

Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad

Mantén hábitos de sueño

Whitney

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020



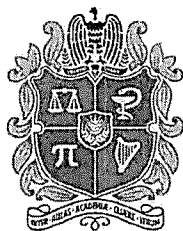
Verifica la validez
de este certificado

22

Daniel Quintero
FIRMA TRABAJADOR

1023933370

BIENESTAR Y SALUD LABORAL SAS - CALLE 134 NO. 7-83 CONS 233 - BOGOTÁ - www.bsl.com.co - Teléfono + 57 601 580 2318



La Universidad Nacional de Colombia

Confiere el Título de
Médico Cirujano

a
Daniel Stiven Quintero Rincón

C.C. 1.023.983.370 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello, y previa toma del juramento de rigor, otorga el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Bogotá D.C., a los 30 días del mes julio de 2021

Decanatura de Facultad

Daley Montoya
Rectoría

Camila Lora
Secretaría General



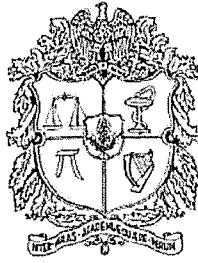
Universidad Nacional - Plataforma eTítulo



<https://etitulo.com/validar/13AT5T-RQ4K-CF10-1C3D-3162-7942-9080-05>

05/08/2021 17:05:08 CDT -05

COPIA .. ELECTRÓNICA .. AUTÉNTICA ..



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 004775

El Consejo de Facultad en su sesión del día 8 de julio de 2021 - Acta No. 24

CONSIDERANDO QUE

Daniel Stiven Quintero Rincón

C.C. 1.023.933.370 de Bogotá D.C.

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

Médico Cirujano

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 182086 consignado en el Registro No. 4939, Folio 30 del Libro 6

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 8 días del mes de julio de 2021

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad



Universidad Nacional - Plataforma eTítulo



<https://etitulo.com/validar/vK167-POAX-OF1Q-TFC-X162-7941-9991-15>

02/08/2021 17:04:59 COT -05

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

...

COPIA... ELECTRÓNICA... AUTÉNTICA...

((((((



La salud
es de todos

Ministerio de Salud



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO
CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON

C.C. 1023933370

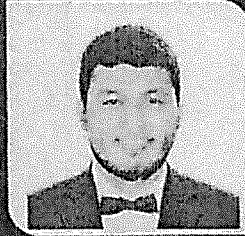
MÉDICO

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá D.C.

Grado: 30/07/2021

Rethus: 08/08/2021



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. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 16TH
Info@colegiomedico colombiano.org

Firma Representante Colegio Médico Colombiano

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1023933370

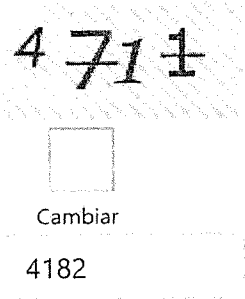
Primer Nombre

daniel

Primer Apellido

quintero

Confirme los números de la Imagen *



Buscar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-10-16→4:10:58 PM -2024-10-16→4:16:42 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1023933370	DANIEL	STIVEN	QUINTERO	RINCON	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON identificado(a) con CC 1023933370 registra La siguiente información:

2024-10-16→4:16:42 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2021-08-08	89311	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Ministerio de Salud y Protección Social - Calle 13 # 32-76 (piso 1) - Bogotá D.C. - Código Postal: 110311

tipo Prestación	tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	recna Inicio	recna Fin	modalidad Prestación	Programa Prestación	Ente Reporte
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA NO APLICA	1900- 01-01	1900- 01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLE MED COLOMI

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

SISPRO

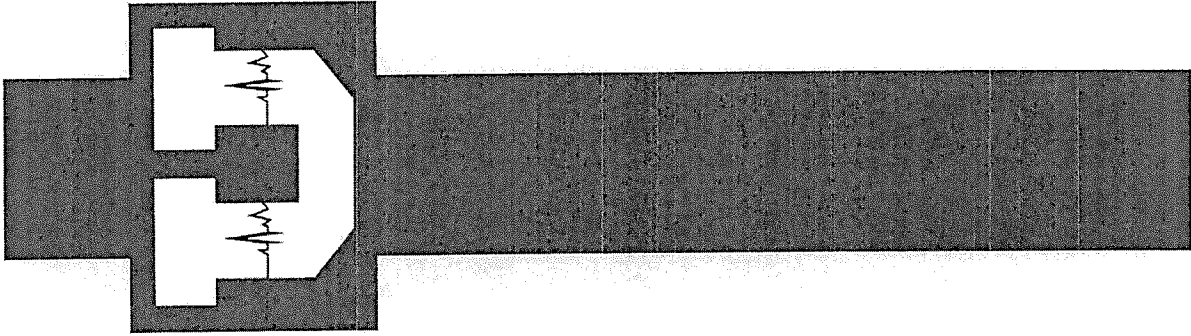
Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

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

Contacto

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

Términos y condiciones



UNIMEDICARES

CAPACITACIÓN INTELIGENTE EN SALUD

En cumplimiento al Decreto 1075 de 2015. Art.: 2.6.6.8 Educación Informal

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL STIVEN QUINTERO RINCÓN

C.C. 1.023.933.370 DE BOGOTÁ (D.C)

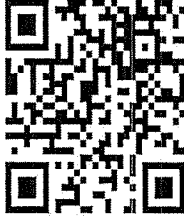
ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO DE

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado los días 03 al 04 de Octubre de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 04 DE OCTUBRE DE 2026

DADO EN BOGOTÁ D.C, A LOS 04 DÍAS DEL MES OCTUBRE DE 2024


YULIANA ARTUNDUAGA
GERENTE GENERAL



UNIMEDICARES SAS
NIT 901484172-3



317353483 / 312304422
3163743744



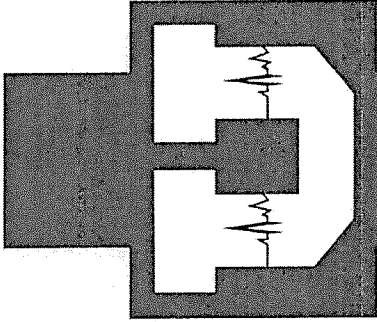
unimed@caros.sas@gmail.com



Nalva: Carrera 7A # 13-20
Bogotá D.C: Cr 13 No 59 30



www.unimedicares.com



UNIMEDICARES

CAPACITACIÓN INTELIGENTE EN SALUD

En cumplimiento al Decreto 1075 de 2015. Art.: 2.5.6.8 Educacion Informal

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL STIVEN QUINTERO RINCÓN

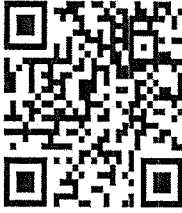
C.C. 1.023.933.370 DE BOGOTÁ (D.C)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO DE

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Realizado los días 01 al 02 de Diciembre de 2023, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 02 DE DICIEMBRE DE 2025

DADO EN BOGOTÁ D.C, A LOS 02 DÍAS DEL MES DICIEMBRE DE 2023



YULIANA ARTUNDUAGA
GERENTE GENERAL

UNIMEDICARES SAS

NIT 901.484.172-3



3173533483 / 321230422
3165743744



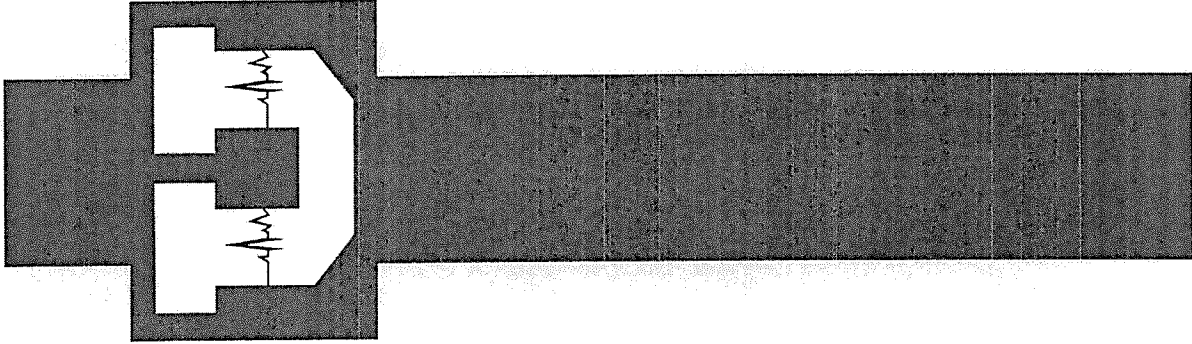
unimedicares.sas@gmail.com



Novia, Carrera 7 A # 13-30
Bogotá D.C. Cr 13 No 59 30



www.unimedicares.com



UNIMEDICARES

CAPACITACIÓN INTELIGENTE EN SALUD

En cumplimiento al Decreto 1075 de 2015. Art.: 2.6.6.8 Educación Informal

HACE CONSTAR QUE:

DANIEL STIVEN QUINTERO RINCÓN

C.C. 1.023.933.370 DE BOGOTÁ (D.C)

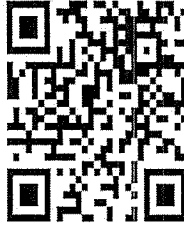
ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO DE

MANEJO Y GESTIÓN DEL DUELO

Realizado los días 01 al 02 de Octubre de 2024, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 02 DE OCTUBRE DE 2026

DADO EN BOGOTÁ D.C, A LOS 02 DÍAS DEL MES OCTUBRE DE 2024


YULIANA ARTUNDUAGA
GERENTE GENERAL



UNIMEDICARES SAS

NIT 901.484.172-3

3173334433 / 321204422
3169743744



unimedicares.sas@gmail.com

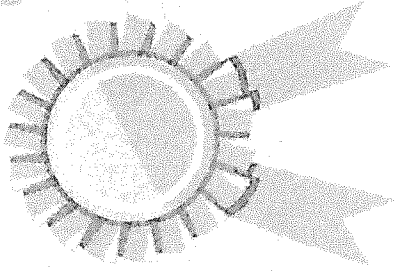


Nelva: Carrera 7 A # 13-20
Bogotá D.C: Cr 13 No 59 30



www.unimedicares.com

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA



CERTIFICA QUE:

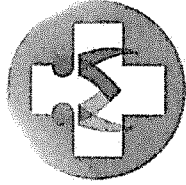
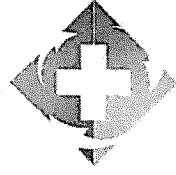
DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: octubre 17, 2024



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA



ACLS Provider SaveLife

NHCPS

Daniel stiven Quintero rincón has successfully completed the evaluations in accordance with the curriculum of Save a Life Certifications™ by National Health Care Provider Solutions (NHCPS) Advanced Cardiac Life Support (ACLS) program and adheres to the latest ILCOR Standards and Guidelines and are Joint Commission (JCAHO) compliant.

Issue Date 30 Jan, 2024

Renew By 30 Jan, 2026

To verify this information scan the QR code with a mobile device



Training Organization Name National Health Care Provider Solutions

Training Organization City, State Las Vegas, NV (89103)

Training Organization Telephone (888) 888-3545

Instructor Name Karl F. Disque D.O. RPh

Instructor Signature Karl Disque DO RPh

National Health Care Provider Solutions™

1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

2. The second part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

3. The third part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

BLS Provider Save a Life

by NHCPS

Daniel stiven Quintero rincón has successfully completed the evaluations in accordance with the curriculum of Save a Life Certifications™ by National Health Care Provider Solutions (NHCPS) Basic Life Support (BLS) program and adheres to the latest ILCOR Standards and Guidelines and are Joint Commission (JCAHO) compliant.

Issue Date 30 Jan, 2024

Renew By 30 Jan, 2026

Issued by NHCPS from the CHSOP with mobile device



Training Organization Name National Health Care Provider Solutions

Training Organization City, State Las Vegas, NV (89103)

Training Organization Telephone (888) 688-3545

Instructor Name Karl F. Disque D.O., RPh

Instructor Signature Karl Disque DO RPh

National Health Care Provider Solutions™

1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

2. The second part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the

3. The third part of the document is a list of the names of the members of the committee who have been appointed to study the problem of the



LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051-7

SE INFORMA QUE:

El (la) señor(a) DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON, identificado(a) con CC. No. 1023933370, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Contrato PS 2812 2024:

Fecha Inicio: 21/01/2024 **Fecha Terminacion:** 20/03/2024 **Valor Contrato:** \$13.119.324

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 1428 2023:

Fecha Inicio: 21/01/2023 **Fecha Terminacion:** 20/01/2024 **Valor Contrato:** \$78.583.513

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 4685 2022:

Fecha Inicio: 02/03/2022 **Fecha Terminacion:** 20/01/2023 **Valor Contrato:** \$64.932.480

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 08 de Marzo de 2024.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS



Cordialmente,

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
Directora de Contratación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS





LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051-7

SE INFORMA QUE:

El (la) señor(a) DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON, identificado(a) con CC. No. 1023933370, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Contrato PS 2812 2024:

Fecha Inicio: 21/01/2024 Fecha Terminacion: 20/03/2024 Valor Contrato: \$13.119.324

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 08 de Marzo de 2024.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

A QUIEN PUEDA INTERESAR

DESARROLLO HUMANO

HACE CONSTAR

Que **DANIEL STIVEN QUINTERO RINCON**, identificado(a) con documento nacional identidad No.1023933370, laboró para **EPS SANITAS S.A.S** con Nit No.800251440-6, desde el 27 de septiembre de 2021, hasta el 01 de marzo de 2022, desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL**.

La presente se expide a solicitud del interesado(a), en Bogotá D.C., 01 de Abril de 2024.



MARIA DEL CARMEN JIMÉNEZ RODRIGUEZ

Vicepresidente Desarrollo Humano Keralty

Esta certificación es válida solo por 30 días a partir de su expedición, la verificación de estos datos, puede ser realizada en los teléfonos: Bogotá (1) 6466060 Ext.5700900; Cali (2) 6607000 Ext. 5723052 o 5723088; Barranquilla (4)3360650 Ext. 5751114 o 5751107; Medellín (5) 4449544 Ext. 5740022 o 5740070; Bucaramanga (7) 6851051 Ext. 5770007 o 57700012.

