FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Porras	Licona	Paula Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1004352740

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: ____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 16 MES 09 AÑO 2001

PAÍS Colombia

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Manzana 28 Casa 5 Libano 2000

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO 3105924005 EMAIL paulaporras21916mail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 2017

b

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*				*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	12	si		Médica General	01	2	0	2	5	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE 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 Santa Marta, Magdalena



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Usuario SECOP II

Información del usuario



Título profesional	
Título	
Nombre	Paula Andrea
Apellido	Porras Licona
Fecha de nacimiento	16/09/2001 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	Usted pertenece a un grupo joven
Nivel educativo	Universidad completa
Género	Femenino
¿Tiene usted alguna incapacidad?	○ Si ◉ No
Nombre para mostrar	Paula Andrea Porras Licona
Tipo de documento	
Número de documento	
DIRECCIÓN	
Código postal	
Estrato social	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	paulaporras21916@gmail.com
Número de teléfono	
Número de teléfono móvil	3105924005

Propuesta de servicios

Médica general | Universidad Cooperativa de Colombia, Campus Santa Marta, Facultad de Medicina (2019 - 2025)

- A lo largo de mi formación he adquirido sólidos conocimientos en medicina preventiva, manejo de urgencias, así como una actitud proactiva ante el aprendizaje continuo. Mi enfoque está orientado a la atención integral de la salud, aplicando un planteamiento ético y humanizado en cada intervención médica. Además, tengo habilidades para trabajar en equipo multidisciplinariamente, lo que me permite desempeñarme eficazmente de manera empática y responsable en la calidad de la atención de pacientes, familiares y todas aquellas personas a quienes sea posible ayudar desde mi campo laboral.

Aptitudes

- Empatía, Liderazgo, Comunicación, Creatividad.

Habilidades

- Manejo de pacientes críticos y emergencias médicas.
- Conocimiento de rutas integrales de atención en salud.
- Habilidades clínicas y de comunicación efectiva.

Campos de interés

- Salud infantil y pediátrica
- Urgencias, manejo en sala de trauma.
- Ayudantía quirúrgica

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 141162503198

(415)7707212489984(8020) 000014116250319 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1004352740	8	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1004352740	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Magdalena 47	Santa Marta 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PORRAS	LICONA	PAULA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

41. Dirección principal: MZ 28 CA 5 BRR LIBANO DOS MIL

42. Correo electrónico: paulaporras21916@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3105924005	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8621	2025 02 17						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 2

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 d de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: LOPEZ DIAZ CAROLINA

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 17-02-2025 11:40:35AM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-SEP-2001**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

18-NOV-2019 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2100150-01113896-F-1004352740-20191120 **00690**19068A 1 8500048631

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.352.740**

PORRAS LICONA
APELLIDOS

PAULA ANDREA
NOMBRES

FIRMA



La República de Colombia
y en su nombre, la

Ciudadela Educativa Cooedumag

Santa Marta, Magdalena

Aprobada por la Secretaría de Educación Distrital,
según Resolución No. 1383 del 10 de octubre de 2011,

Confiere a:

Paula Andrea Porras Licona

Identificada con T.I. No. 1.004.352.740

El Título de

Bachiller Académico

con énfasis en Economía Solidaria

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica,
según los planes y programas vigentes del Proyecto Educativo Institucional.

CIUDADELA EDUCATIVA
COOEDUMAG

Ladys Yohnara Rhenals Bandera
Rectora

Nelly Lorena Sánchez Polo
Secretaria Académica

Anotado en el libro de control interno No. 1 en el Folio No. 09
Dado en Santa Marta, Magdalena, a 30 de noviembre de 2017

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Premier

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución 13195 del 23 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 501 del 7 de Marzo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

PAULA ANDREA PORRAS LICONA

con Cédula de Ciudadanía No. 1.004.352.740 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 24 de enero de 2025

Libro de Registros No. 0080420241 Folio No. 057 Registro No. 0564
Refrendado en Santa Marta el día 23 de enero de 2025

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Julio Atanasio Lincro Teran

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1963 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1800 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-5771-2024

PROGRAMA:	MEDICINA
CODIGO SNIES:	3529
FECHA GRADO:	24 DE ENERO DE 2025
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que PAULA ANDREA PORRAS LICONA
con Cédula de Ciudadanía No 1.004.352.740 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: MÉDICA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 026 en sesión del día 16 de diciembre de 2024.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) Facultad y Secretario (a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) Facultad:	SALIN RAMON TOUCHIE MEZA
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 24 DE ENERO DE 2025

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C100435274000229979
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **PAULA ANDREA PORRAS LICONA**, identificado(a) con C.C. No. 1004352740 y T.P. o R.M. No. 1004352740 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 21 febrero 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

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

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 *

1004352740

Primer Nombre

Paula

Primer Apellido

Porras

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3643

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-02-20→11:28:48 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1004352740	PAULA	ANDREA	PORRAS	LICONA	Vigente	V

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) PAULA ANDREA PORRAS LICONA identificado(a) con CC 1004352740 registra La siguiente información:

2025-02-20→11:28:48 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2025-02-03	135046	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar	Fecha	Fecha	Modalidad	Programa	Entic

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL





QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140051714 – 1004352740

PAULA ANDREA PORRAS LICONA

CC. 1.004.352.740

CURSO – TALLER

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

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios, con instructor A.H.A siguiendo los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020. Realizado en la Ciudad de Santa Marta – Magdalena en el mes de enero de 2025, con una intensidad de cuarenta y ocho **(48) horas**. Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de su expedición.

GRUPO GESCONSEDUCA SAS NIT: 901.823.268-7 matrícula mercantil 890.161 – **GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL GESCONS S.A. DE C.V

Dado en Barranquilla - Atlántico el 22 de enero de 2025

www.gesconseduca.com/

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140052882 – 1004352740

PAULA ANDREA PORRAS LICONA

CC. 1004352740

CURSO – TALLER

ESTRATEGIA EN ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA AIEPI – CLINICO

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por la Ley 115 de 1994 y Decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 en el capítulo 5 numeral 8 del Ministerio de Educación Nacional Resolucion2003 del 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social. Realizado en el mes de febrero de 2025, con una intensidad de cincuenta y seis **(56) Horas**

GRUPO GESCONSEDUCA SAS NIT: 901.823.268-7 matrícula mercantil 890.161 – **GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL GESCONS S.A. DE C.V

Dado en Colombia el 5 de febrero de 2025
https://www.gesconseduca.com/

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140052761 – 1004352740

PAULA ANDREA PORRAS LICONA

CC. 1004352740

CURSO – TALLER

GESTIÓN INTEGRAL DEL DUELO

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico – práctico. Realizado en el mes de febrero de 2025 con una intensidad de cuarenta **(40) horas**.

GRUPO GESCONSEDUCA SAS NIT: 901.823.268-7 matrícula mercantil 890.161 **– GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL GESCONS S.A. DE C.V

Dado en Colombia el 4 de febrero de 2025
https://www.gesconseduca.com/

G0140052872 – 1004352740

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

PAULA ANDREA PORRAS LICONA

CC. 1004352740

CURSO – TALLER

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico – práctico. Realizado en el mes de febrero de 2025 con una intensidad de cuarenta **(40) horas**.

GRUPO GESCONSEDUCA SAS NIT: 901.823.268-7 matrícula mercantil 890.161 **– GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL GESCONS S.A. DE C.V

Dado en Colombia el 5 de febrero de 2025
https://www.gesconseduca.com/

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140052788 – 1004352740

PAULA ANDREA PORRAS LICONA

CC. 1004352740

CURSO – TALLER

ACTUALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico – práctico. Realizado en el mes de febrero de 2025 con una intensidad de veinticuatro **(24) horas**.

GRUPO GESCONSEDUCA SAS NIT: 901.823.268-7 matrícula mercantil 890.161 **– GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL GESCONS S.A. DE C.V

Dado en Colombia el 4 de febrero de 2025
https://www.gesconseduca.com/

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140052692 – 1004352740

PAULA ANDREA PORRAS LICONA

CC. 1004352740

CURSO – TALLER

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico – práctico. Realizado en el mes de febrero de 2025 con una intensidad de treinta **(30) horas**.

GRUPO GESCONSEDUCA SAS NIT: 901.823.268-7 matrícula mercantil 890.161 **– GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL GESCONS S.A. DE C.V

Dado en Colombia el 3 de febrero de 2025
https://www.gesconseduca.com/

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

G0140052958 – 1004352740

PAULA ANDREA PORRAS LICONA

CC. 1004352740

CURSO – TALLER

PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos, legales y reglamentarios del curso teórico – práctico. Realizado en el mes de febrero de 2025 con una intensidad de cuarenta **(40) horas**.

GRUPO GESCONSEDUCA SAS NIT: 901.823.268-7 matrícula mercantil 890.161 **– GESTION DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD S.A. DE. C.V.** RFC: GEC210614IZA

LUIS E. MENDOZA G.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO GESCONSEDUCA SAS

MARIO PAYÁN
GERENTE LATAM GRUPO GESCONSEDUCA SAS

LUIS ENRIQUE MENDOZA ARIAS
REPRESENTANTE LEGAL GESCONS S.A. DE C.V

Dado en Colombia el 6 de febrero de 2025
https://www.gesconseduca.com/

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 18 de febrero de 2025, a las 10:01:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1004352740
Código de Verificación	1004352740250218100126

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 264685117

PIB
10:40:27

Bogotá DC, 18 de febrero del 2025

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) PAULA ANDREA PORRAS LICONA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004052740:

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 derivan 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/Pagas/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento 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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:44:10 AM horas del 18/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1004352740**

Apellidos y Nombres: **PORRAS LICONA PAULA ANDREA**

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.

Volver al Inicio

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/02/2025 10:58:34 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1004352740 .**

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. **110755374** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:17:16 horas del 18/02/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1004352740,** Apellidos y Nombres **PORRAS LICONA PAULA ANDREA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE Hospital San Cristobal**, con NIT **800052286-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

SOLAB SAS
NIt 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **19/02/2025 09:50:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **PAULA ANDREA PORRAS LICONA**

Cargo **MEDICO GENERAL** Doc. Identidad **CC 1004352740**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO
Sin restricciones para el cargo	⊗	○
Con restricciones para el cargo	○	○
Requiere recomendaciones especificas para el cargo	○	○
Aplazado	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para manipulación de alimentos	○	○
Apto para conducir	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Sin restricciones para continuar desempeñando el cargo	○	○
Con restricciones para continuar desempeñando el cargo	○	○
Requiere recomendaciones especificas	○	○
Requiere reubicación laboral	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para manipulación de alimentos	○	○
Apto para conducir	○	○
EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Enfermedad laboral	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ⊗	NO ○	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ⊗	NO ○

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HÁBITOS SALUDABLES, USO DEL EPP PARA LA LABOR.

DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

DR. PABLO BARRERA NOVOA
RM. 1082920628
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. OCUPACIONAL 1944

Trabajador: PAULA ANDREA PORRAS LICONA
CC: 1004352740
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

Anexos

Laboratorio Clínico
Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Daissy Martinez

Sede principal:
Calle 22 No. 14 – 70 Centro Médico Perla del Caribe
Tel/Fax: 4213928 – 4313622 Santa Marta Magdalena
Sede Ciénaga
Calle 15 No. 12 – 02 Tel/Fax: 4313622 Cel: 3008439217

RESULTADOS

Página 1 de 1

Sede	**PRINCIPAL**			Impreso	28 sep. 2020 02:52:53 pm
Id. Paciente	**CC 1004352740 PORRAS LICONA PAULA ANDREA**		Sexo: F Edad: 19A 0M 5D	**No. De Recepción**	**94244**
Teléfonos	3105924005		Fecha De Recepción	22 sep. 2020 10:08:18 am	
Entidad	PARTICULAR 2017		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	PARTICULAR MEDICO	

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
PRUEBAS ESPECIALES			
HEPATITIS B AC CONTRA AG DE SUPERFICIE			
Hepatitis B: Ac. Contra Ag de Superficie.	2272.0	mUI/ml	
VALOR DE REFERENCIA:			
No reactiva < 10 mUI/ml Reactiva: > de 10 mUI/ml			

Dra. Daissy Martinez Ariza.
Bacteriologa

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

Página 1 de 1

100503994

Nombre	**PORRAS LICONA PAULA ANDREA**		Fecha de recepcion:	05-oct-2019 1:19 pm
Identificacion	CC 1004352740	Tel.	Fecha de impresion:	
Edad	18 Años 0 Meses 2 Dias	Sexo F	Empresa	LABORATORIO CLINICO MARTINEZ E.U (Cuenta)
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	69674		Fecha Validacion	08-oct-2019 5:10:00p.m.

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G **Metodo: Inmunoensayo Enzimático-EIA**	31.8		
V. de Referencia: **Negativo: Menor de 9.0** **Borderline: De 9.0 a 11.0** **Positivo: Mayor de 11.0**			

KAREN SOFIA MIRANDA PANIZZA
C.C 1.052.701.403
BACTERIOLOGA

IVAN GIOVANNI RAMIREZ AYALA
C.C 88.272.036
BACTERIOLOGO

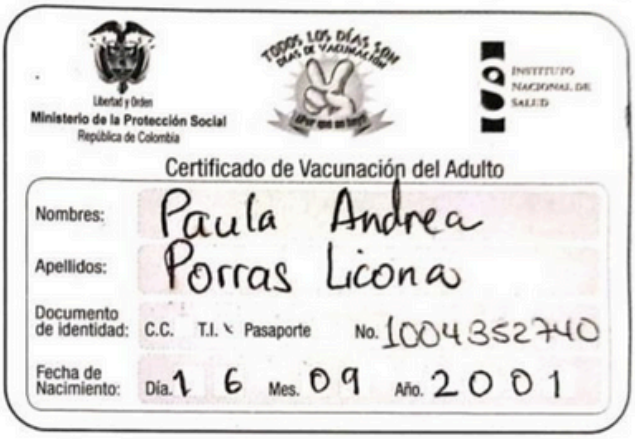
PAI
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

GOBIERNO DE COLOMBIA — MINSALUD

NOMBRE: Paula Andrea Porras Licona **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** 1004352740

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION DD	MM	YYYY	NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA DD	MM	YYYY	NOMBRE DE VACUNADOR
Influenza estacional Mujeres gestantes a partir de la semana 14	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Tétanos, difteria reducida, B. pertussis acelular (TdaP) Mujeres gestantes a partir de la semana 26	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Toxoide tetánico y diftérico (Td)	Primera dosis	21	4	2018	221501316A	Biological E Limited	STA MARTA CLÍNICA GENERAL DEL NORTE	19	5	2018	jeidy rodriguez hernandez
	Segunda dosis	30	10	2018	2215020168	Biological E Limited	STA MARTA CLÍNICA GENERAL DEL NORTE	17	1	2019	jeidy rodriguez hernandez
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Refuerzo 1										
	Refuerzo 2										
	Refuerzo 3										
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
Rabia Humana	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
Suero antirrábico	Primera dosis										
	Adicional										
DPT Acelular	Primera dosis	28	9	2020	c5487AB	SANOFIPASTEUR	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA				LAUDITH PATRICIA TRONCOSO VILLANUEVA
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Primer Refuerzo										
	Segundo Refuerzo										
Fiebre Amarilla	Unica										
Fiebre tifoidea	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis A	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis B	Primera dosis	16	11	2018	UFX17009	SANOFI PASTEUR	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	14	12	2018	mirlandys quintero moreno
	Segunda dosis	14	12	2018	UFX17009	SANOFI PASTEUR	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	11	5	2019	mirlandys quintero moreno
	Tercera dosis	11	7	2019	UFX18011	SANOFIPASTEUR	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	8	8	2020	luz stella rojas villabona
	Refuerzo										
	Adicional										
Influenza estacional	Primera	10	7	2020	UJ3800AA	SANOFI PASTEUR	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	10	8	2020	mirlandys quintero moreno
	Dosis anual										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
Anti tuberculosis (BCG)	Unica										
Triple viral	Unica										
	Refuerzo										
Sarampión y Rubéola	Primera dosis										
	Refuerzo										
Meningococo Conjugado	Primera										
	Segunda										
Meningococo Polisacárido	Unica										
Neumo Conjugado	Unica										
Neumococo Polisacárido	Primera dosis										
	Refuerzo										
Herpes zoster	Unica										
Colera	Unica										





Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	Jul-18	221501316A	
	2	27-10-18	2215020168	
	3	2-7-19	221180136	
	4	14-09-21	2208009208	
	5	18-1-23	2331402H2	
Contra Hepatitis B	1	16-11-18	UFX17009	
	2	18-12-18	UFX17009	
	3	11-07-19	UFX18011	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	D.U	10.07.20	UJ3800AA	
Otras				
VPH		12-06-2013	H022245	
VPH		13-11-2014	J006326	Yoneth R.



Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo
Consérvelo
ado Internacional de Vacunación
tripción en los sitios autorizados.
y Orden
OR MÍ Y OMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Paula Licona
Apellidos: Porras.
Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte No. 1004352740
Fecha de Nacimiento: Día. 16 Mes. 09 Año. 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1		012m9002	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	28/xp/202		Serum	
Contra Influenza				
Otras				
~~Hepatitis A~~	10	08-3-19		
HepA	20	9-09-19	R3E14	



MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud
MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Paula Andrea
Apellidos: Porras Licona
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1.004.352.740
Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 09 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23-04-21	Pfizer	ER9449	Prevenir IA	Nicolle Fajardo	1004363851
	2	04-05-21	Pfizer	ER6924	Prevenir IA	Marleidis Burgos	57462791
		01 [illegible] 21	[illegible]	70037	H.S.N.	Chris Castro	1082860514



CARNET DE VACUNACIÓN

CENTRO DE VACUNAS

Medical Care

Cuidados médicos para tu vida

No. 0154

Por un mundo sin contagios...

Nombre: Paola Porras Leona

D.I.: 1004 352740

TEL/CEL: 3105924025

Cra 50 # 80-18 consultorio 209 Centro Médico Unimec.
Barranquilla, Atlántico.
Teléfonos : 309 3903 - 301 562 1816.
2019

ADACEL 09-2015 08-2020

Havrix 1440 07-2018 08-2020

CARNET DE VACUNACIÓN							
NOMBRE:						IDENTIFICACIÓN	
VACUNAS	BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA APLICACIÓN DD	MM	AA	LOTE	FIRMA Y SELLO
TITANO Td Dpta	Tosferi	1era					
		2da					
		3era	28	09	2020	C5487AB	Laudelina Torres
		Ref. 1					
		Ref. 2					
HEPATITIS B		1era					
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
HEPATITIS A		1era					
		2da					
VARICELA		1era					
		2da					
MENINGITIS B,C		1era					
		2da					
MENINGITIS A,C Y W13S		1era					
NEUMOCOCO		1era					
		2da					
TRIPLE VIRAL		1era	22	3	19	A66G725A	
FIEBRE TIFOIDEA		1era					
VPH		1era					
		2da					
		3era					
INFLUENZA		1era	26	08	21	U16314.	Laudelina Torres
		Ref					
REFUERZOS		Ref					
		Ref					
OTRAS							

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Paola Andrea

Apellidos: Porras Leona

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1004352740

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 09 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

E.S.E. HOSPITAL EMILIO QUINTERO CALDERÓN
VACUNACIÓN GRATUITA Y SIN BARRERAS
OCAÑA

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	01-824	V5052402	Nelly A
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Paola Andrea

Apellidos: Porras Licona

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1004352740

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 09 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras		16-01-24 Moderna Refuerzo	010 23A-03	Juana Maria Medina Auxiliar de Enfermería

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Fiebre Amarilla	1			
	2			
	3			
	R			
Neumococo	1	01/09/23	X017180	Nicolle F
Meningococo	1	01/09/23	U7653AJ	Nicolle F
Vareicela	1			
Varicela + Triple Viral	1			
Triple Viral	1			

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Contra Hepatitis B	1			
	2			
Hepatitis A Adultos	1			
	2			
	3			
Hepatitis A + B	1			
	2			
Contra Influenza	1	6/10/23	230049	
	2			
Covid-19	1			
	2			

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internación de Vacunación o Profilaxis solicite su transcripción en los Centro de Salud

POR MI Y POR COLOMBIA YO ME VACUNO

Cra 20 N° 12-32 Barrio San Francisco - 434 9531
Celular 312 670 0249 - 310 442 3845
Santa Marta - Colombia

PREVENIR 1-A S.A.
Servicios Integrales en Salud Ocupacional, Promoción y Prevención
Nit: 819.001.920-7

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Paula Andrea

Apellidos: Porras Licona

Documento de Identidad: C.C. X T.I. PASAPORTE

Número: 1.004.352.740

Fecha de Nacimiento: DÍA 16 MES 09 AÑO 2001

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-02-21 09:19

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAULA	ANDREA	PORRAS	LICONA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004352740

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN CRISTOBAL - CIENAGA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	CIÉNAGA

Dirección	["Calle 5 20 - 55"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
0	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
0	$0,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

PAULA ANDREA PORRAS LICONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.352.740**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSION OBLIGATORIA**.

La presente certificación se expide el 21 de febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1004352740 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 21/02/2025 11:22 AM

Código Verificación: **3BEP2T6RWH**

Válida hasta: **22/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Martes, 18 de febrero de 2025

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **PAULA ANDREA PORRAS LICONA**, identificado con CC. **1.004.352.740**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	77978753780	2025/02/18	ACTIVA

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	MEDELLIN	EMISION ORIGINAL	65-03-101074868	0

TOMADOR	**COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA**			NIT	**890.905.574-1**
DIRECCION	**CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15**	CIUDAD	**MEDELLIN, ANTIOQUIA**	TELEFONO	**4197284**
ASEGURADO	**PAULA ANDREA PORRAS LICONA**			CC	**1.004.352.740**
DIRECCION	**MZ 28 CA 5 BRR LIBANO 2000**	CIUDAD	**SANTA MARTA, MAGDALENA**	TELEFONO	**3105924005**
BENEFICIARIO	**TERCEROS AFECTADOS**			NIT	**0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
20 / 02 / 2025	**20 / 02 / 2025**	**30 / 06 / 2025**	**20 / 02 / 2025**	**30 / 06 / 2025**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SANIN ALIANZA LTDA	133456	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 700,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 700,000,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			**$ 100,000,000.00**

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2,000,000.00 $ 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:	$ *******700,000,000.00	PRIMA:	$ ***********91,855.00
PLAN DE PAGO: MENSUAL 5 M		IVA:	$ ***********17,452.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ***********109,308.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 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)11012620003083(3900)000000109308(96)20250406

REFERENCIA PAGO:
1101262000308-3

65-03-101074868

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

CAROLINAMORENO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
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	65-03-101074868	0

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	PAULA ANDREA PORRAS LICONA			CC	1.004.352.740
DIRECCION	MZ 28 CA 5 BRR LIBANO 2000	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3105924005
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

BASE DE COBERTURA:
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:$700.000.000
LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.
OBJETO DE LA POLIZA:
LA COBERTURA OTORGADA BAJO LA PRESENTE POLIZA AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL IMPUTABLE AL PROFESIONAL DE LA SALUD NOMBRE TALENTO HUMANO EN SALUD ASEGURADO, DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA DE ACUERDO CON REGISTRO EN RETHUS, EN EJECUCION, UNICA Y EXCLUSIVAMENTE DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NXXXX, CUYO OBJETO ES TEXTO OBJETO DEL CONTRATO, SIEMPRE QUE SE DEMUESTRE QUE EXISTE RESPONSABILIDAD EN CABEZA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD ASEGURADO, Y SIEMPRE QUE LOS HECHOS POR LOS QUE SE RECLAMA HAYAN OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA.
ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA:
ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA DE ACUERDO CON REGISTRO EN RETHUS
SE EXCLUYEN RECLAMACIONES RELACIONADAS CON LA PRESTACION DE SERVICIOS/INTERVENCIONES DE TIPO COSMETICO.
COBERTURAS:
AMPARO BASICO:
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

SE PRECISA QUE SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL QUE SURJA A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS (VER SECCION III DEFINICIONES GENERALES), COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA.
CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.
TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.
PARAGAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.
GASTOS 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.

EXTENSIONES COBERTURA BASICA
CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.
NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.
RESPONSABILIDAD 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.

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 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

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	EMISION ORIGINAL	65-03-101074868	0

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	PAULA ANDREA PORRAS LICONA			CC	1.004.352.740
DIRECCION	MZ 28 CA 5 BRR LIBANO 2000	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3105924005
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

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 A $100.000.000

PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
COBERTURASUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.
AMPARO BASICO 100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
GASTOS DE DEFENSAPOR EVENTO: 10% DEL BASICO O $15.000.000 (EL MENOR VALOR) POR VIGENCIA: 20% DEL BASICO O $100.000.000 (EL MENOR VALOR)

DEDUCIBLES:GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
DEMAS AMPAROS: 10% DE LA PERDIDA - MINIMO 1SMMLV

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:

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.

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

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

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.

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.

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.

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

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.

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.

RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
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	65-03-101074868	0

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	PAULA ANDREA PORRAS LICONA			CC	1.004.352.740
DIRECCION	MZ 28 CA 5 BRR LIBANO 2000	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3105924005
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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:
CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

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.

CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.
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.

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.

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

PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.

ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

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.

RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY.

EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

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.

VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

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.

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.

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.

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.

ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.

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.

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.

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	65-03-101074868	0

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	PAULA ANDREA PORRAS LICONA			CC	1.004.352.740
DIRECCION	MZ 28 CA 5 BRR LIBANO 2000	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3105924005
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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.

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

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:

LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA.

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.

LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

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.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

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

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.

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

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

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 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

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	EMISION ORIGINAL	65-03-101074868	0

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	PAULA ANDREA PORRAS LICONA			CC	1.004.352.740
DIRECCION	MZ 28 CA 5 BRR LIBANO 2000	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3105924005
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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.

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

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.

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

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.

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.

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

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.

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

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

CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
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
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.
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.
SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
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.
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.
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.
SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.
EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:
EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:
UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO DE SEGUIR UN PLAN DE GESTION DE CRISIS QUE ABORDE LOS PASOS MENCIONADOS EN (I) ARRIBA; O
EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
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:

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	65-03-101074868	0

TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA			NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA	TELEFONO	4197284
ASEGURADO	PAULA ANDREA PORRAS LICONA			CC	1.004.352.740
DIRECCION	MZ 28 CA 5 BRR LIBANO 2000	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3105924005
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL:COLOMBIA

LEGISLACION APLICABLE:COLOMBIANA

CONDICIONES
ADICIONALES:
FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.
CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.
NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.
NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO.
LAS PRORROGAS Y/O MODIFICACIONES A LA PRESENTE POLIZA DEBEN SER SOLICITADAS A SEGUROS DEL ESTADO, POR LO MENOS CON 10 DIAS HABILES DE ANTICIPACION A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA MISMA (PRORROGAS Y/O MODIFICACION).

Bogotá, Febrero 21 de 2025

Señora:
PORRAS LICONA PAULA ANDREA
CC. 1004352740
MZ 28 CA 5 LIBANO 2000 - 3105924
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 20 de 2025. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
PORRAS LICONA PAULA ANDREA	1004352740	C	Feb-20-2025	0	0	COTIZANTE	VIGENTE		Traslado en confirmación de la otra EPS	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
PAULA ANDREA PORRAS LICONA	1004352740	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

HSC HOSPITAL SAN CRISTÓBAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO:HSC-TH-FOR-06
		VERSION: 001
		FECHA DE ULTIM REVISION:

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PERSONA NATURAL

| Nombres y Apellidos | | |