



La República de Colombia  
 Ministerio de Educación Nacional  
 y en su nombre la  
 Institución Educativa

# Ciudad Bogotá

Perseca - Rincónada

Reconocimiento oficial según resolución 336 de diciembre 01 de 2004 emanado de la Secretaría  
 de Educación Municipal

Confíezse a

Mónica Soto Sánchez

CC 42.135.026 de Perseca

El Título de

## Bachiller Académico

Quien cursó y aprobó el plan de estudios de la educación Básica Académica, según  
 la Ley General de Educación y establecido en el Programa Educativo Institucional  
 En Institución de ella le otorga el presente diploma.



*[Signature]*

Rectoría

*[Signature]*

Secretaría

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro Folio Diploma

Dada en Perseca a de diciembre de 2008

*Acta de Grado*  
*Institución Educativa*  
*Ciudad Boquía*  
*Pereira - Risaralda*

Dane 166001004625  
Código: Jcfs 094508  
Jornada: Nocturna

En Pereira Risaralda a 9 de diciembre de 2008, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, el Rector y la Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa "Colegio Ciudad Boquía", institución con licencia de funcionamiento, según resolución 556 del 01 de diciembre de 2004 de la Secretaría de Educación Municipal.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al ciclo de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de:

*Bachiller Académico*

Decreto 3011 del 19 de diciembre de 1997

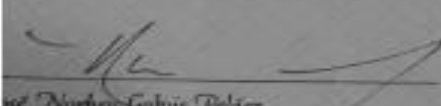
Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

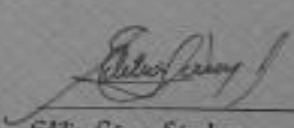
*Mónica Soto Sánchez*

C.C. 42.135.026 de Pereira

Es fiel copia tomada del acta general 13 de 9 de diciembre de 2008, la cual consta de 84 graduandos, que comienza con Jhonier Andrés Álvarez Álvarez y cierra con Lina Ximena Zorrilla Rendón.

Firmada por quienes intervinieron en cumplimiento con lo ordenado en el artículo 7 del Decreto 180 de 1981 (el Decreto 921 de 1994).

  
Norbey Galvis Peláez  
C. 10.067.394 de Pereira  
Rector

  
Edilia López Sánchez  
C.C. 34.040.470 de Pereira  
Secretaria



LIBERTAD Y ORDEN  
 Ministerio de Educación Nacional  
 Departamento de Risaralda  
 Municipio de Pereira  
 y en su nombre

## Escuela de Salud Colombo Americana



Autorizada oficialmente por Resolución No. 1004 del 23 de febrero de 2010, expedida por la Secretaría de Educación del municipio de Pereira, y el Acuerdo No. 130 del 23 de diciembre de 2008, expedido por el Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud

Teniendo en cuenta que:

**Mónica Soto Sánchez**


C.C. No 42.135.026 de Pereira – Risaralda


Requirió todas las competencias requeridas de acuerdo con el Decreto 4004 de 2009, le otorga el presente Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como:


**Técnico Laboral**

**Auxiliar en Enfermería**

Pereira Risaralda, Enero 29 de 2016

  
 Hernán Carvajal Pérez  
 Director General

  
 Adriana Aguileto Álvarez  
 Directora Académica (e)

  
 Mayra Alejandra López López  
 Secretaria General

Inscrito al folio 014 del libro de registro No. 100



**IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S**

**NIT 901.221.712-2**

**CERTIFICA QUE**  
**MONICA SOTO SANCHEZ**

**IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N°42135026**

**Asistió al curso de:**

**SOPORTE VITAL (RCP)**

**Con una intensidad horaria de 48 Horas**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 27 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.**

**Marli Esquivel Zambrano**

**GERENTE**



**IMAVS**  
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS

**Marli Esquivel Zambrano**

**REPRESENTANTE LEGAL**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA**

# CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Se reconoce que

**MONICA SOTO SANCHEZ**

Ha completado satisfactoriamente el curso de

**Atención a víctimas de violencia sexual**

cumpliendo con los requisitos académicos exigidos por La U MTD



Emitido el: 2025-01-27

Certificate ID: a4dfgp6bufut

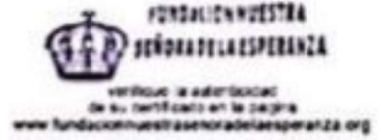


Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

**Certifica**  
**Monica Soto Sanchez**  
**CC 42135026 de Pereira, Risaralda**

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019 con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2024-07-24  
Fecha de vencimiento: 2026-07-24



ING. SOLANILLY COVALEDA  
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO  
CAMPO  
Jefe de Enfermería  
TP 3206  
Docente

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.


*Certifica*  
***Monica Soto Sanchez***  
*CC 42135026 de Pereira, Risaralda*

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-07-24  
Fecha de vencimiento: 2026-07-24



  
ING. SOLANLLY COVALEDA  
Representante Legal

  
DEIBIE STEVENS BRAVO  
ORLANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3206  
Docente.

  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista

**LA ASESORA JURIDICA DE LA ESE SALUD PEREIRA**

**CERTIFICA QUE:**

La Empresa Social del Estado Salud Pereira celebró Contrato de Prestación Servicios con el señor (a) MONICA SOTO SANCHEZ Identificado (a) con N° C.C 42135026, cuyo objeto es "CONTRATAR LOS SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, OBSERVACION Y HOSPITALIZACION PARA LA ESE SALUD PEREIRA SEGUN RESOLUCION 6943 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2022.". Según la siguiente relación:

| N°            | VALOR                                 | VIGENCIA                                |
|---------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| CPS 652-2018  | \$ 2.500.000 Valor total del contrato | Desde el 27/08/2018 hasta el 26/10/2018 |
| CPS 1041-2018 | \$ 1.250.000 Valor total del contrato | Desde el 09/11/2018 hasta el 08/12/2018 |
| CPS 1210-2018 | \$ 7.500.000 Valor total del contrato | Desde el 14/12/2018 hasta el 31/12/2018 |
| CPS 160-2019  | \$ 9.048.000 Valor total del contrato | Desde el 11/01/2019 hasta el 10/07/2019 |
| CPS 757-2019  | \$ 2.600.000 Valor total del contrato | Desde el 06/07/2019 hasta el 03/09/2019 |
| CPS 1166-2019 | \$ 2.600.000 Valor total del contrato | Desde el 12/09/2019 hasta el 11/11/2019 |
| CPS 1498-2019 | \$ 1.300.000 Valor total del contrato | Desde el 19/11/2019 hasta el 18/12/2019 |
| CPS 090-2020  | \$ 1.300.000 Valor total del contrato | Desde el 01/01/2020 hasta el 31/01/2020 |
| CPS 325-2020  | \$ 1.300.000 Valor total del contrato | Desde el 01/02/2020 hasta el 01/03/2020 |
| CPS 612-2020  | \$ 2.600.000 Valor total del contrato | Desde el 03/03/2020 hasta el 02/05/2020 |
| CPS 1019-2020 | \$ 6.032.000 Valor total del contrato | Desde el 04/05/2020 hasta el 03/09/2020 |
| CPS 1729-2020 | \$ 2.600.000 Valor total del contrato | Desde el 19/10/2020 hasta el 18/12/2020 |
| CPS 290-2021  | \$ 5.304.000 Valor total del contrato | Desde el 13/01/2021 hasta el 12/05/2021 |
| CPS 1049-2021 | \$ 2.652.000 Valor total del contrato | Desde el 14/07/2021 hasta el 13/09/2021 |
| CPS 1325-2021 | \$ 2.652.000 Valor total del contrato | Desde el 01/10/2021 hasta el 30/11/2021 |
| CPS 1058-2022 | \$ 3.249.210 Valor total del contrato | Desde el 02/09/2022 hasta el 01/11/2022 |
| CPS 1356-2022 | \$ 3.249.210 Valor total del contrato | Desde el 01/11/2022 hasta el 31/12/2022 |

Esta información se expide conforme a los archivos que reporta el sistema integrado de información administrativa, financiera y asistencial de E.S.E Salud Pereira.

La presente se expide a solicitud del peticionario a los 22 días del mes de Marzo de 2023



**JOHANNA VANESSA BEDOYA PUERTA**  
Asesora Jurídica

P/E: Stefany Ribiere Botero/Abogada Externa

**E.S.E. Salud Pereira**  
**Correspondencia Despachada**

Vigencia: 2023 - Consecutivo: D-1001

Fecha de

Radicación: 22/03/2023-03:38 PM

Resumen: RESPUESTA SOLICITUD CERTIFICACION  
PRESTACION SERVI.

Enviado Por: Vanessa Bedoya Puert-Oficina de Asesoría

Radicador: Maria Jhosed Rosero



## AUTORIZACION CONSULTA BASE DE DATOS

El suscrito **MONICA SOTO SANCHEZ**, identificado con cedula de ciudadanía No. 42135026 de Pereira, autorizo, libre, expresa e inequívocamente , y exclusivamente para los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el decreto 753 de 2019, al **HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL CERRITO** con NIT 891.380.103-2, para consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa- Policía Nacional de Colombia , de manera previa a mi eventual vinculación laboral , contrato o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar , cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizara de conformidad con la normatividad vigente sobre la protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de El Cerrito, en el mes de MAYO 2025

Monica Soto Sanchez

Firma:

**MONICA SOTO SANCHEZ**  
**C.C 42135026**

**SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.**  
**NIT 805.001.157 - 2**  
**CERTIFICA:**

El(la) señor(a) **MONICA SOTO SANCHEZ**, identificado(a) con CC 42135026 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 18/04/2024 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: **ACTIVO** por el Régimen **CONTRIBUTIVO**, en calidad de **CONYUGE COTIZANTE**

Su grupo familiar es:

| Tipo de Documento | Número de documento | Nombre del afiliado        | Estado de afiliación |
|-------------------|---------------------|----------------------------|----------------------|
| <b>CC</b>         | 42135026            | <b>MONICA SOTO SANCHEZ</b> | VIGENTE              |

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

| Tipo doc | Número de documento | Nombre del Cotizante | Tipo ID Empleador | NúmeroID Empleador | Razón Social        | Período Cotización | Días Cotizados |
|----------|---------------------|----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|----------------|
| CC       | 42135026            | MONICA SOTO SANCHEZ  | CC                | 42135026           | MONICA SOTO SANCHEZ | 2024/05            | 30             |
| CC       | 42135026            | MONICA SOTO SANCHEZ  | CC                | 42135026           | MONICA SOTO SANCHEZ | 2024/06            | 30             |
| CC       | 42135026            | MONICA SOTO SANCHEZ  | CC                | 42135026           | MONICA SOTO SANCHEZ | 2024/07            | 30             |
| CC       | 42135026            | MONICA SOTO SANCHEZ  | CC                | 42135026           | MONICA SOTO SANCHEZ | 2024/08            | 30             |
| CC       | 42135026            | MONICA SOTO SANCHEZ  | CC                | 42135026           | MONICA SOTO SANCHEZ | 2025/02            | 30             |
| CC       | 42135026            | MONICA SOTO SANCHEZ  | CC                | 42135026           | MONICA SOTO SANCHEZ | 2025/03            | 30             |
| CC       | 42135026            | MONICA SOTO SANCHEZ  | CC                | 42135026           | MONICA SOTO SANCHEZ | 2025/04            | 30             |

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los NUEVE (9) días del mes de MAYO del año 2025.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

**Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.**

Atentamente,



*Andres Arango Zapata.*  
*Gerencia de Experiencia al Usuario*

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

## Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SOTO SANCHEZ MONICA** identificado(a) con **CC** número **42.135.026** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de julio de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 09 de mayo de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:  
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web [www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:  
Bogotá (601) 744 44 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -  
Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575  
y en el resto del país desde un teléfono fijo 01 8000 52 8000.

## 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 \*

42135026

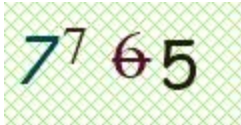
Primer Nombre

MONICA

Primer Apellido

SOTO

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

8213

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

**Resultado General -2025-05-09→11:48:23 AM -2025-05-09→11:49:54 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|
| CC                  | 42135026            | MONICA        |                | SOTO            | SANCHEZ          | 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) MONICA SOTO SANCHEZ identificado(a) con CC 42135026 registra La siguiente información:**

**2025-05-09→11:49:54 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación                  | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora       |
|---------------|-------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| AUX           | Local                   | TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2017-01-05                               | 7                   | DEPARTAMENTO DE RISARALDA |

**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](#)



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 09 de mayo de 2025, a las 11:51:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 42135026             |
| Código de Verificación | 42135026250509115138 |

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

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 271125859**



PIB  
11:55:56  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de mayo 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) MONICA SOTO SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 42135026:

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 William Rodríguez Millán  
Jefe División de Relacionamento con el Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:57:57 AM horas del 09/05/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **42135026**

Apellidos y Nombres: **SOTO SANCHEZ MONICA**

### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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



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





Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único  
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.





## 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, 09/05/2025 01:07:23 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **42135026 MONICA SOTO SANCHEZ.**

## 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. **115660364** . 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

Información

515 9000

**Dios y  
Patria**

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA****GOV.CO**



**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 42135026 **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 09/05/2025 12:44 PM



Código Verificación: **U31ZFNAB4**

Válida hasta: **07/08/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4303281135**

**PÓLIZA No: 430 -89 - 994000005058 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI SUR** COD. AGE: 430 RAMO: 89 PAP:

|                     |     |      |                       |                      |     |      |       |                           |     |      |       |                    |     |     |       |
|---------------------|-----|------|-----------------------|----------------------|-----|------|-------|---------------------------|-----|------|-------|--------------------|-----|-----|-------|
| DIA                 | MES | AÑO  | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | DIA                  | MES | AÑO  | HORAS | DIA                       | MES | AÑO  | HORAS | DIA                | MES | AÑO | HORAS |
| 04                  | 02  | 2025 |                       | 29                   | 01  | 2025 | 23:59 | 29                        | 01  | 2026 | 23:59 | 365                |     |     |       |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |     |      |                       | VIGENCIA DESDE A LAS |     |      |       | VIGENCIA HASTA A LAS DIAS |     |      |       | FECHA DE IMPRESIÓN |     |     |       |

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

|                    |     |      |       |                      |     |      |       |                      |     |     |       |     |     |     |       |
|--------------------|-----|------|-------|----------------------|-----|------|-------|----------------------|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|
| DIA                | MES | AÑO  | HORAS | DIA                  | MES | AÑO  | HORAS | DIA                  | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS |
| 29                 | 01  | 2025 | 23:59 | 29                   | 01  | 2026 | 23:59 | 365                  |     |     |       |     |     |     |       |
| VIGENCIA DEL ANEXO |     |      |       | VIGENCIA DESDE A LAS |     |      |       | VIGENCIA HASTA A LAS |     |     |       |     |     |     |       |

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **MONICA SOTO SANCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **42.135.026**

DIRECCIÓN: **CALLE 2BSUR # 13-03** CIUDAD: **EL CERRITO, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **3124526253**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **MONICA SOTO SANCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **42.135.026**

DIRECCIÓN: **CALLE 2BSUR # 13-03** CIUDAD: **EL CERRITO, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **3124526253**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **EL CERRITO**

DIRECCION: **AV.CALLE 0 No. 0-0**

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

| DESCRIPCION                       | AMPAROS | SUMA ASEGURADA    | LIMITE POR EVENTO |
|-----------------------------------|---------|-------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO |         | \$ 150,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA      |         | 150,000,000.00    |                   |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO     |         | 150,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS        |         | 150,000,000.00    | 0.00              |
| SUSTITUCION PROVISIONAL           |         | 150,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                 |         | 15,000,000.00     | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

POLIZA NUEVA:

BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.  
PROFESION ASEGURADA: AUXILIAR EN ENFERMERIA  
ESPECIALIZACION: NO APLICA  
VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

|                                                       |                                       |                                               |                               |                                          |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ <b>***150,000,000.00</b> | VALOR PRIMA:<br>\$ <b>*****82,416</b> | GASTOS EXPEDICION:<br>\$ <b>*****7,500.00</b> | IVA:<br>\$ <b>*****17,084</b> | TOTAL A PAGAR:<br>\$ <b>*****107,000</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|

| INTERMEDIARIO              |       |        | COASEGURO CEDIDO |       |                 |
|----------------------------|-------|--------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE                     | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA  | %PART | VALOR ASEGURADO |
| LUZ ELENA VICTORIA CAICEDO | 5326  | 100.00 |                  |       |                 |

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

**FIRMA ASEGURADOR** (415)7701861000019(8020)00000000007000430328113

**FIRMA TOMADOR** *Monica Soto Sanchez*

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CADB207B0D07FD7F5C CLIENTE EHORTIGOZA 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI SUR

COD. AGENCIA: 430

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000005058

ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MONICA SOTO SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **42.135.026**

ASEGURADO: **MONICA SOTO SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **42.135.026**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

### CONDICIONES GENERALES:

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

### AMPARO BÁSICO:

- " Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurriencia.
- " Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurriencia.
- " Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurriencia.
- " Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurriencia.
- " Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

### AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

- " Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
- " Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
- " Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

### ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

- " No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
- " Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
- " Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
- " Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
- " Cláusula de no renovación tácita o automática.
- " Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.
- " TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
- " TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

### DEDUCIBLES:

- " Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
- " Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

### EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

- " Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
- " Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
- " Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
- " Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
- " Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
- " Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI SUR

COD. AGENCIA: 430

RAMO: 89

Nº PÓLIZA: 994000005058 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MONICA SOTO SANCHEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 42.135.026

ASEGURADO: MONICA SOTO SANCHEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 42.135.026

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

" Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

" Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

" Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

" Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

" Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exqatur en Colombia.

" Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

" Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

" Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.  
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

" EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

" CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

CLIENTE

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI SUR

COD. AGENCIA: 430

RAMO: 89

No PÓLIZA: **994000005058** ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MONICA SOTO SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **42.135.026**

ASEGURADO: **MONICA SOTO SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **42.135.026**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

### DEFINICIONES

#### A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

#### B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

#### C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

#### D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

#### E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

### EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

" Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

" Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

### AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

### GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.