

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.081.789.771

SPITER SILVA

APELLIDOS

KATERINE TERESA

NOMBRES

Katerine Spiter S

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1986

ARACATACA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

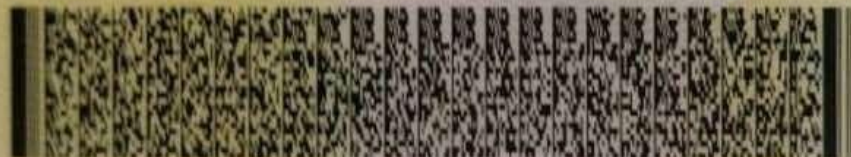
1.53
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

15-ABR-2005 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2100100-01308279-F-1081789771-20220718

0080083936A 1

8505145837



En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO, KATERINE TERESA STPITER SILVA**, Identificado (a) con Cédula No. **1.081.789.771** y Profesión

AUXILIAR DE ENFERMERIA **AUTORIZO** que la **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hospital con fines de contratación.

FIRMA:

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL INTRAMURAL- OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Cedula de Ciudadanía	
2	Lista de Chequeo firmada	
3	Capture de pantalla – Usuario Secop II (Pantallazo)	
4	Propuesta de Servicios	
5	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)	
6	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTORES)	
7	RUT - Registro Unico Tributario (Del año Vigente)	
8	Hoja de Vida — Función pública (Sigep)	
9	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	
10	Certificado de antecedentes ETICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo, Enfermeras, Fisioterapeutas (fecha vigente –MES actual).	
11	Convalidación de Título (Médicos y Médicos Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica)	
12	Resolución departamental para ejercer profesión	
13	Tarjeta Profesional (Si aplica)	
14	RETHUS (Personal Asistencial en general)	
15	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos Generales), desde \$100.000.000 millones de pesos. (Auxiliares de enfermería, enfermeras jefes, fisioterapeuta, instrumentadoras quirúrgicas, Psicólogos, nutrición)	
16	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).	
17	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	
18	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras, Médicos y auxiliares de enfermería (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	
20	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales.	
21	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Enfermeras jefes, médicos generales y Psicólogos)	
22	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la TOMA DE MUESTRAS (Auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes)	
23	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales).	
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Médicos Generales, auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes).	
25	Curso de Humanización en los servicios de salud (Area Asistencial en General)	
26	Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Médicos Generales, auxiliares de enfermería y Enfermeras Jefes)	
27	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)	
28	Soporte de experiencia laboral. (Certificaciones laborales)	
29	Vacunas (HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA, FIEBRE AMARILLA, TRIPLE VIRAL Y PRE EXPOSICIÓN ANTIRRÁBICA HUMANA)	
30	Formato DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES — Diligenciar en la Página web (https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013) con fecha Actualizada .	
31	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	
32	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	
33	Certificado ARL (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días) (se realiza en área de Talento Humano con Seguridad y Salud en el Trabajo en el Hospital san Rafael)	
34	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM	
35	Certificación Bancaria (Del año Vigente)	

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo del Área de Contratación y Talento Humano.



Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado

0	0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes	Mensajes

Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente

Mantenimiento en SECOP II

Desde: | Hasta:

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
[Haga clic aquí para activarlo.](#) Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensajes

Todos ▾

Sin mensajes...

[Más información .](#)

Oportunidades de negocio

Recibidas ▾

Sin oportunidades

[Más información .](#)

Fundación, julio de 2025

PROPUESTA ECONÓMICA

Dr. SERGIO ANTONIO ARAGON COTES

Gerente hospital San Rafael de Fundación

ASUNTO: PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.

El presente documento tiene como principal objetivo brindar de una manera clara y sencilla el alcance de los servicios que pongo a su amable consideración como “prestación de servicios como auxiliar en enfermería de los equipos básicos de salud de la E.S.E. Hospital Departamental San Rafael de Fundación”.

ALCANCES DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

1. Ejecutar en forma idónea, transparente y eficaz el objeto de la presente propuesta.
2. Desarrollar y fortalecer las habilidades y capacidades de los grupos familiares o no familiares para el cuidado de sí mismo, del otro y del medio ambiente, la sana convivencia y la protección de cada uno de sus integrantes, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, personas mayores.
3. Promover el mejoramiento de los ambientes físicos de la vivienda y el entorno, controlar los riesgos asociados a condiciones socioambientales desfavorables y promover los factores protectores para la salud y la calidad de vida.
4. Identificar las condiciones de salud las personas, familias y comunidades en los micro territorios y gestionar la respuesta efectiva en salud a las diferentes modalidades de atención (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).
5. Promover y facilitar respuestas integrales a las necesidades de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación de la oferta de los servicios sociales, conforme al contexto poblacional y acorde con el curso de vida.
6. Desarrollar procesos educativos que faciliten a las personas elegir y adoptar prácticas favorables a la salud, prácticas de cuidado, compañía y desarrollo de vínculos afectivos y sociales positivos para el desarrollo humano.
7. Desarrollar espacios de participación social y popular por cada vereda- barrio donde operen los equipos básicos de salud.
8. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio.
9. Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas.

10. Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio.
11. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación.
12. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
13. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de si mismo, de los demás y de su entorno.
14. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.
15. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.
16. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.
17. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo.
18. Las demás que surjan en el ejercicio de sus competencias de acuerdo al contrato o que le sean asignadas por la entidad contratante de acuerdo a los lineamientos del ministerio de salud y protección social.

PLAZO

El plazo de la propuesta es según lo establecido en los estudios previos.

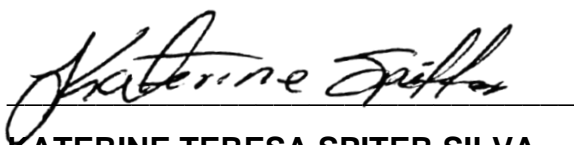
VALOR

El valor de la presente propuesta es según lo establecido en los estudios previos.

FORMA DE PAGO

Según lo establecido en los estudios previos.

Cordialmente,



KATERINE TERESA SPITER SILVA

C.C. No. 1.081.789.771 de Fundación

Cel. 313 773 6939

Email: kathespitter@gmail.com

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141189038831



(415)7707212489984(8020) 000014118903883 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 1 7 8 9 7 7 1

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 8 1 7 8 9 7 7 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Fundación

2 8 8

31. Primer apellido

SPITER

32. Segundo apellido

SILVA

33. Primer nombre

KATERINE

34. Otros nombres

TÉRESA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CL 8 3 04 BRR TUCURINCA

42. Correo electrónico

kathespitter@gmail.com

43. Código postal

4 7 2 0 2 0

44. Teléfono-1

3 1 3 7 7 3 6 9 3 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 2 9 9

2 0 0 9, 1 1, 2 7

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	4	9																							

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SPITER		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SILVA			NOMBRES KATERINE TERESA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No 1081789771			GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO D.M.				
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 16 MES 06 AÑO 1986			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 18 25A 6 SANTA ELENA			
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		DEPTO MAGDALENA	
DEPTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA			
MUNICIPIO CIÉNAGA			TELÉFONO 3137736939		EMAIL kathespitter@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2006
										<input checked="" type="checkbox"/>				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		LICENCIATURA EN ENFERMERIA	11	2019	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2023	Día	31	Mes	07	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2023	Día	30	Mes	06	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	01	Año	2023	Día	28	Mes	02	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	08	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2022	Día	31	Mes	07	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	03	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	05	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42 ALCAZARES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO ARACATACA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	04	Año	2021	Día	05	Mes	05	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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

7

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	4	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

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



Y EN SU NOMBRE LA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA A LA:

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con licencia de funcionamiento según resolución No. 001 del 31 de Enero del 2003 y 494 del 27 de julio de 2010 modificada por la resolución No 0008 del 27 enero del 2017 y con registro del programa No. 0030-09 del 31 de enero 2017, emanada de la Secretaría de Educación Departamental del Magdalena

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL
EN

AUXILIAR EN

ENFERMERIA

A:

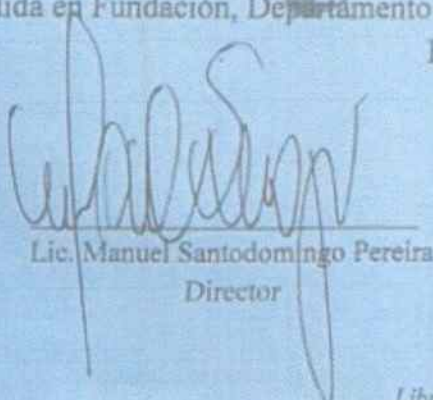
KATERINE TERESA

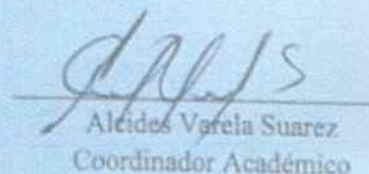
SPITER SILVA

Identificado(a) con la CC 1.081.789.771 expedida en Fundación

Por haber cursado y aprobado el programa de aptitud ocupacional por competencias como técnico laboral en Auxiliar En Enfermería, con una intensidad de 1.800 horas.

Expedida en Fundación, Departamento del Magdalena, a los veintinueve (29) días del mes de Noviembre de 2019.
En constancia firmamos y sellamos


Lic. Manuel Santodomingo Pereira
Director


Alcides Varela Suarez
Coordinador Académico

Certificado de Ceremonia

A los veintinueve (29) días del mes de Noviembre de Dos Mil Diecinueve (2019), en la ciudad de Fundación Departamento de Magdalena se reunió la directiva de la **CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE COTECNOR**, Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano con el fin de dar cumplimiento a la ceremonia de graduación.

El acto estuvo presidido por el Licenciado **MANUEL SANTODOMINGO PEREIRA** Director de COTECNOR acompañado por docentes y algunas personalidades.

Una vez declarada abierta la sesión y leída el acta ante el auditorio y teniendo en cuenta que el (la) estudiante.

SPITER SILVA KATERINE TERESA

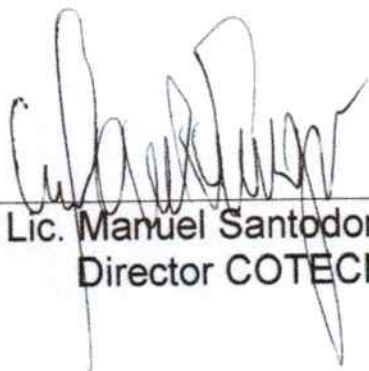
Identificado (a) con la CC 1.081.789.771 exp en Fundación.

Curso y aprobó todos los estudios programados por el Centro Educativo y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el certificado de:

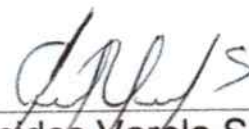
**APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS
COMO TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Acto seguido se tomó al graduado el juramento, se procedió a la entrega del diploma y se levantó la sesión.

En testimonio de lo anterior se firma el presente Certificado de Ceremonia en la ciudad de Fundación (Magd.) A los veintinueve (29) días del mes de Noviembre de Dos Mil Diecinueve (2019).



Lic. Manuel Santodomingo P.
Director COTECNOR



Alcides Varela Suarez
Coordinador Académico



Instituto de Capacitación Técnica del Caribe I N C A T

Reconocido por el Ministerio de Educación Nacional según Resoluciones N° 1294/98 y 037/02, emanadas de la Secretaría de Desarrollo Educativo del Departamento del Magdalena

Confiere a:

Spiter Silva Katherine Teresa

Con documento de identidad N° 1.081.789.771 de Fundación (Magd.)

El Título de:

Bachiller Académico

Con Profundización en Sistemas

Por haber culminado satisfactoriamente los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas establecidos en la Ley 115/94, en los Decretos 1860/94 y 3011/97, Artículo 5 de la Ley 715/01 y Decreto 230/02.



Instituto de Capacitación
Técnica del Caribe
INCAT
Fundación Magdalena

Rector(a)

Secretario

Núcleo Educativo 016

Libro 01 Acta 17 Folio 35 Año 2006

Dado en Fundación, a los 15 días del mes de Julio de 2006

Acta de Grado N° 17

En la ciudad de **Fundación Magdalena** a los **15** días del mes de **Julio** del año **2006**, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de unos alumnos de ultimo grado, los suscritos Rectora y Secretario del **INSTITUTO DE CAPACITACIÓN TÉCNICA DEL CARIBE "INCAT"**, Modalidad **ACADÉMICA**, institución aprobada en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerios de Educación Nacional para otorgar el título de **BACHILLER** en la Modalidad **ACADÉMICA**, según resolución(es) Numero(s) **1294** del **18** de **Diciembre** de **1998** y **037** del **20** de **Agosto** de **2002**.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los Alumnos que Cursaron y Aprobaron los estudios correspondientes al **Nivel de Educación Media Vocacional**, se procede a otorgar el titulo de **BACHILLER ACADÉMICO CON PROFUNDIZACIÓN EN SISTEMAS** al graduando cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relaciona a continuación:


Apellidos y Nombres	Documento de Identidad
Spiter Silva Katerine Teresa	1.081.789.771 de Fundación (Magd.)

Fiel copia tomada del Acta Original No. **17** de fecha **15** de **Julio** del año **2006**, que comienza con el nombre de **CANTILLO OROZCO XIOMARA STEPHANY** y cierra con el nombre de **TAPIA DE ARMAS EVELÍN MILENA**.

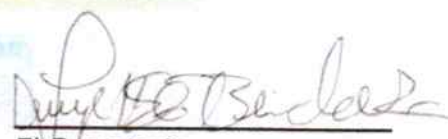
Firmado por **EDITH PAREDES SANTIAGO** Rectora, y **JORGE HUMBERTO BENDECK** Secretario.


Dado en Fundación a los **15** días del mes de **Julio** de **2006**. En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo acordado en el Artículo 7º. Del Decreto 180 de 1981.

Firmado


La Rectora.
C.C. N° 36 ' 539.591 Sta Mta

Instituto de Capacitación
Técnica del Caribe
INCAT
Fundación Magdalena


El Secretario.
C.C. N° 19 ' 593.028 Fundación


Vo.Bo. Núcleo Educativo 016
Lic. Vilma Car Car



RESOLUCIÓN No. 147-0579 DE 12 MAY 2020

Por la cual se registra un título
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1184 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **KATERINE TERESA SPITER SILVA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.081.789.771, expedida en Fundación - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS**, el cual le fue otorgado por **LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE**, con Certificado de Ceremonia No. S/N del 29 de noviembre de 2019

Que con la solicitud el (la) señor (a) **KATERINE TERESA SPITER SILVA** presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3) Copia ampliada del documento de identificación, 4) Formato de datos personales

Que al verificar los documentos, el (la) señor (a) **KATERINE TERESA SPITER SILVA** cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 63 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta y funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano y se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **KATERINE TERESA SPITER SILVA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.081.789.771, expedida en Fundación - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha



12 MAY 2020

JORGE BERNAL CONDE
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyecto: Piedad De la Hoz Orozco /
Revisó: Lucía Galano Cumpido

Resultado General -2025-07-02--10:49:14 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1081789771	KATERINE	TERESA	SPITER	SILVA	Vigente	Ver

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) KATERINE TERESA SPITER SILVA identificado(a) con CC 1081789771 registra La siguiente información:

2025-07-02--10:49:14 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2020-05-12	470579	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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).

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202631101

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000009013 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO			
08	07	2025	07	07	2025	23:59	07	07	2026	23:59	365	08	07	2025		
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
07	07	2025	23:59	07	07	2026	23:59	365				
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				DIAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **KATERINE TERESA SPITER SILVA** IDENTIFICACIÓN: CC **1081.789.771**

DIRECCIÓN: **CLL 8 # 3 - 10** CIUDAD: **FUNDACIÓN, MAGDALENA** TELÉFONO: **6057284420**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **KATERINE TERESA SPITER SILVA** IDENTIFICACIÓN: CC **1081.789.771**

DIRECCIÓN: **CLL 8 # 3 - 10** CIUDAD: **FUNDACIÓN, MAGDALENA** TELÉFONO: **6057284420**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **MAGDALENA** CIUDAD: **SANTA MARTA**

DIRECCION: **CALLE 8 No. 3-4**

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 100,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		100,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		100,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		100,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		100,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		10,000,000.00	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

TOMADOR: **KATERINE TERESA SPITER SILVA**

ASEGURADO: **KATERINE TERESA SPITER SILVA**

BENEFICIARIO: **Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.**

PROFESION ASEGURADA: **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

ESPECIALIZACION: **NINGUNO**

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 07 del mes de JULIO del año 2025 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***100,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****54,950	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ *****13,291	TOTAL A PAGAR: \$ *****83,240
---	---------------------------------------	--	-------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
JAIME RAFAEL ESCOBAR GUERRERO	8902	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.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000320263110 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá EXT. KHERNANDEZ 0
CDDA207A090CFD7F5F CLIENTE

A hora 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: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000009013 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: KATERINE TERESA SPITER SILVA

IDENTIFICACIÓN: CC 1081.789.771

ASEGURADO: KATERINE TERESA SPITER SILVA

IDENTIFICACIÓN: CC 1081.789.771

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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.

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 Ocurrencia.

Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

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:

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000009013 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **KATERINE TERESA SPITER SILVA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1081.789.771**

ASEGURADO: **KATERINE TERESA SPITER SILVA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1081.789.771**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

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.

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

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.

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.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000009013 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **KATERINE TERESA SPITER SILVA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1081.789.771**

ASEGURADO: **KATERINE TERESA SPITER SILVA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1081.789.771**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

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 Exquatur 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 (INTERRUPCIÓN 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:

- a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- e. 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,

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000009013 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **KATERINE TERESA SPITER SILVA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1081.789.771**

ASEGURADO: **KATERINE TERESA SPITER SILVA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1081.789.771**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

(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

Pérdida cibernética.

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.

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

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

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.

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.

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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000009013 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **KATERINE TERESA SPITER SILVA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1081.789.771**

ASEGURADO: **KATERINE TERESA SPITER SILVA**

IDENTIFICACIÓN: CC **1081.789.771**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

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.

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.

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 asegurado.

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.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:
Katerine Teresa Spiter Silva
CC 1081789771 de Fundación

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Verificación:



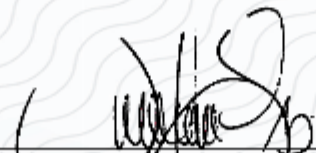
Fecha de emisión: 2025-06-28
Fecha de vencimiento: 2027-06-28



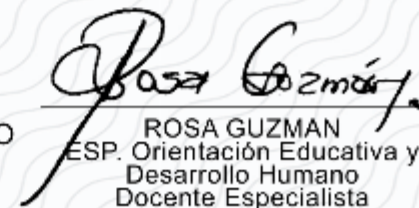
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:
Katerine Teresa Spiter Silva
CC 1081789771 de Fundación

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

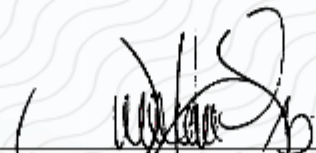
Verificación:

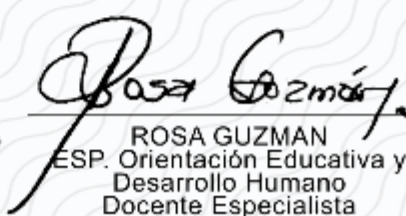


Fecha de emisión: 2025-07-02
Fecha de vencimiento: 2027-07-02

**FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA**
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:
Katerine Teresa Spiter Silva
CC 1081789771 de Fundación

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Verificación:



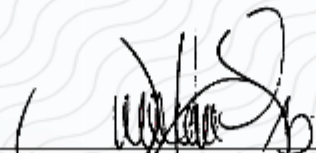
Fecha de emisión: 2024-04-01
Fecha de vencimiento: 2026-04-01



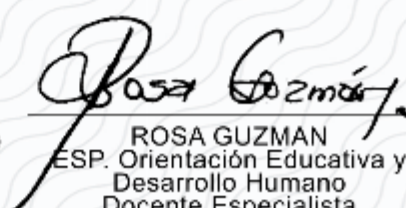
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:
Katerine Teresa Spiter Silva
CC 1081789771 de Fundación

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

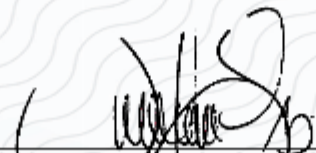
Verificación:

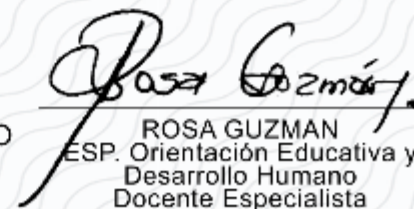


Fecha de emisión: 2025-06-26
Fecha de vencimiento: 2027-06-26

**FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA**
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:
Katerine Teresa Spiter Silva
CC 1081789771 de Fundación

Realizó y aprobó el Curso Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Adulto.
con un total de 120 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-06-22

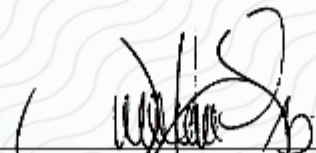
Fecha de vencimiento: 2027-06-22



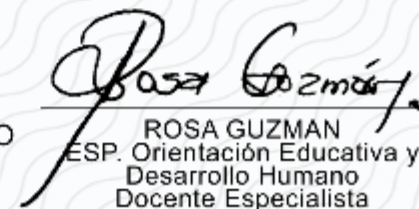
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:
Katerine Teresa Spiter Silva
CC 1081789771 de Fundación

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:



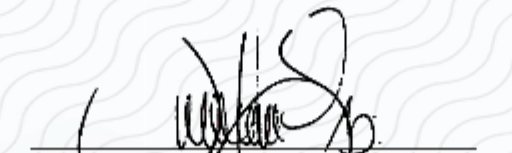
Fecha de emisión: 2023-09-13
Fecha de vencimiento: 2023-09-13



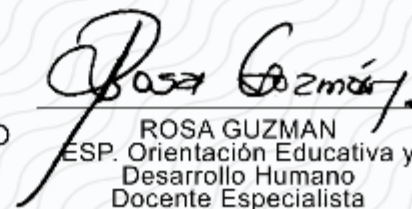
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:
Katerine Teresa Spiter Silva
CC 1081789771 de Fundación

Realizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio Resolución 3100 de 2019
con un total de 60 Horas.

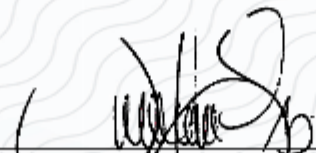
Verificación:

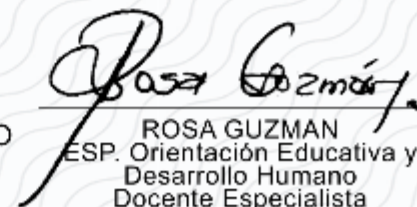


Fecha de emisión: 2025-06-30
Fecha de vencimiento: 2027-06-30

**FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA**
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:
Katerine Teresa Spiter Silva
CC 1081789771 de Fundación

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:



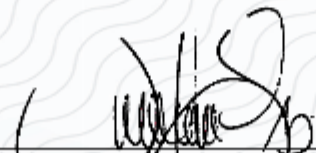
Fecha de emisión: 2023-09-13
Fecha de vencimiento: 2023-09-13



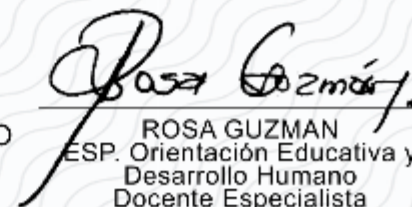
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co



FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

**EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO
DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
NIT. 891780185-2**

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **KATERINE TERESA SPITER SILVA**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.081.789.771** expedida en fundación (Magdalena), ha suscrito con LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE", los siguientes contratos de prestación de servicios:


1. No. **1771** de fecha e 05 de mayo 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de mayo al 30 de junio 2021, por un valor de TRES MILLONES DE PESOS (\$3.000.000).
2. No. **2267** de fecha de 01 de julio 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$ 4.500.000).
3. No. **3461** de fecha de 01 de octubre 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$ 4.500.000).
4. No. **228** de 01 de enero 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2022, CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$ 4.500.000).
5. No. **1739** de fecha de 01 de abril 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022. Por un valor de SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000).
6. No. **CD20223434** de fecha de 11 de agosto 2022, con un plazo de ejecución contado a parir del 11 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de NUEVE MILLONES DE PESOS (\$9.000.000).
7. No. **CD20230724** de fecha de 20 de enero 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 20 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$3.600.000).
8. No. **CD20231272** de 01 de marzo 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de marzo al 30 de junio 2023, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$7.200.000).

9. No. **CD20232308** de fecha de 03 de julio 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de julio al 31 de julio 2023, por un valor de MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$1.800.000).
10. No. **CD20233085** de fecha de 04 de agosto 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de agosto al 30 de septiembre 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$3.600.000).
11. No. **CD20234406** de fecha de 23 de octubre 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 23 de octubre al 31 de octubre 2023, por un valor de MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$1.800.000).
12. No. **CD20234441** de fecha de 14 de noviembre 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 14 de noviembre al 31 de diciembre 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$3.600.000).
13. No. **CD20240134** de fecha de 12 de enero 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de enero al 31 de enero 2024, por un valor de MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$1.800.000).

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veintiuno (21) días del mes de marzo de 2025.


JARID YESID THOMAS PADILLA.

Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.


ELABORÓ: INGRID JHOANA OSPINO LIZCANO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA




**EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON
FUNCIONES DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL
LUISA SANTIAGA MARQUEZ IGUARAN DE ARACATACA
MAGDALENA**

CERTIFICA

Que la joven KATERINE TERESA SPITER SILVA identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.081.789.771 Fundación, Magdalena estudiante de LA CORPORACION TECNICA DEL NORTE realizó prácticas como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el área de urgencias, desde el 5 de abril hasta el 5 de mayo de la presente anualidad.

Se expide la presente certificación a petición de la interesada a los doce (12) días del mes de mayo de 2021.

Atentamente,


GABRIEL ANTONIO MONTERO ARIZA
Proyecto Y.I.B.C

Su salud un compromiso de todos...

NIT.819.001.712-1
Carretera Troncal del Caribe frente al Estadio Chelo Castro
Aracataca, Magdalena.
e-mail: eseluisasantiaga@hotmail.com
Tele-fax 4270593



**Médico
en tu Casa**

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:
Katerine Teresa Spiter Silva

CC 1081789771 de Fundación

Realizó y aprobó el Curso Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue con un total de 60 Horas.

Verificación:

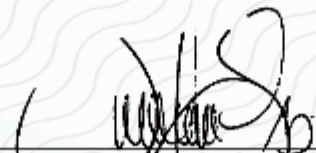


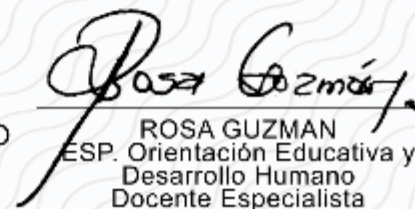
Fecha de emisión: 2025-06-24

Fecha de vencimiento: 2027-06-24

**FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA**
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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.

Hace Constar que:
Katerine Teresa Spiter Silva
CC 1081789771 de Fundación

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

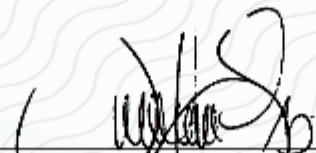
Verificación:

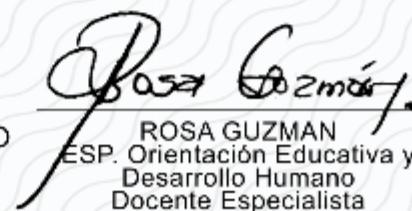


Fecha de emisión: 2024-03-30
Fecha de vencimiento: 2026-03-30

 FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Identificacion **1.081.789.771**

Nombre del Paciente: **KATERINE SPITTER SILVA**

Empresa: **HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION**

Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
FEMENINO	39AÑOS	SOLTERO	TECNICO	FUNDACION-Mag	2/07/2025
Objetivo:	INGRESO	E.P.S. Afiliado:		CONTRATO	
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente Fueron consignados en una Historia Clínica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :

APTO para el Cargo
 APTO con Restricciones
 NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulación de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO

Satisfactoria
 NO Satisfactoria
Valoración por: E.P.S A.R.L

PREVENCIÓN EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Auditivo Visual Cardio Vascular Respiratorio Ergonomico Dermatologico
 Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR-HERNIAS,

DESCRIPCIÓN RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilización EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAM OS SALUD IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(los) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a VISIONAMOS SALUD IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Miledhys Moreno Mosquera
Miledhys Moreno Mosquera
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD LIBRE
RESOLUCION 01760 JUNIO 2011





MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Katherine Teresa

Apellidos:

Spiter Silva

Documento de identidad:

C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1081789771

Fecha de nacimiento:

Día 16 Mes 06 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarela	Única			
Tóxide Tetánico - Difterico (to)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	11/21	WORLDPOS	Eme Brane
Otras				



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Katherine Teresa

Apellidos:

Spiter Silva

Documento de identidad:

C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1081789771

Fecha de nacimiento:

Día 16 Mes 06 Año 1986

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

Consérvelo

En caso de perder el carnet de vacunación o la información a cualquier momento, solicite su reposición en los días señalados.

La salud es de todos

La salud es de todos

Certificado de vacunación del adulto

Nombre: *Katherine Pelaez*

Apellido: *Spotter Silva*

Identificación: *103473977*

Fecha de expedición: *16-06-1958*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1			
Difteria	1	<i>30-4-17</i>	<i>Sanofi</i>	<i>[Firma]</i>
Tétanos	2	<i>11-6-17</i>	<i>Sanofi</i>	<i>[Firma]</i>
Difteria	3			
Td	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	<i>1-10-13</i>	<i>K7067 Sanofi</i>	<i>[Firma]</i>
Contra Polio				
Contra				

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 5fc5b607-404f-474e-bb23-b25cafb32902

Nombres y apellidos / Full name

KATERINE TERESA SPITER SILVA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 8 1 7 8 9 7 7 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3007284420

Correo electrónico / e-mail

NOTIENE@hotmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
Vaccine	Doses	Día	Mes	Año	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	4	6	2013		1307401	ARACATACA E.S.E. HOSP LUISA SA	
TD Adulto	Segunda	11	6	2013		024B1008B	ARACATACA E.S.E. HOSP LUISA SA	
TdaP Acelular Gestante	Anual	20	2	2019		AC37B285AB	ZONA BANANERA E.S.E. HOSPITAL	YANEIDIS MARIA FONTALVO SAN J
Fiebre Amarilla	Única	8	4	2021		R3G911V	ARACATACA E.S.E. HOSP LUISA SA	ROSALINA MENDOZA MENDOZA
COVID PFIZER	Primera	4	6	2021	PFIZER	FA5843	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	ERIKA AGUIRRE
COVID PFIZER	Segunda	25	6	2021	PFIZER	FA5843	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	ERIKA AGUIRRE
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	26	7	2022	Green Cross	V50222014	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	AZURIS PATRICIA CORREA CARBONO

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

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

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

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

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

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

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

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

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KATERINE	TERESA	SPITER	SILVA

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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	\$17.082.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$17.082.000,00

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	\$2.238.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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:

Bogotá, Julio/ 02 de 2025



Señor (a): KATERINE TERESA SPITER SILVA
CC. 1081789771
CL 8 3 10 TUCURINCA
FUNDACION

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 1 de 2020, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

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 y 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.

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KATERINE TERESA SPITER SILVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.789.771**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Julio del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

**POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora KATERINE TERESA SPITER SILVA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1081789771, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/10/2021 y fecha fin de contrato 31/12/2021 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101022156989.

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de Diciembre de 2021.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



**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 1081789771 **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 02/07/2025 02:24 PM



Código Verificación: **QVHB38TKWC**

Válida hasta: **30/09/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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



CERTIFICADO

**FUNDACION,
MAGDALENA,
COLOMBIA,
A quien interese**

02/07/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KATERINE TERESA SPITER SILVA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1081789771**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550488421248623**
Fecha de apertura **19/05/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA