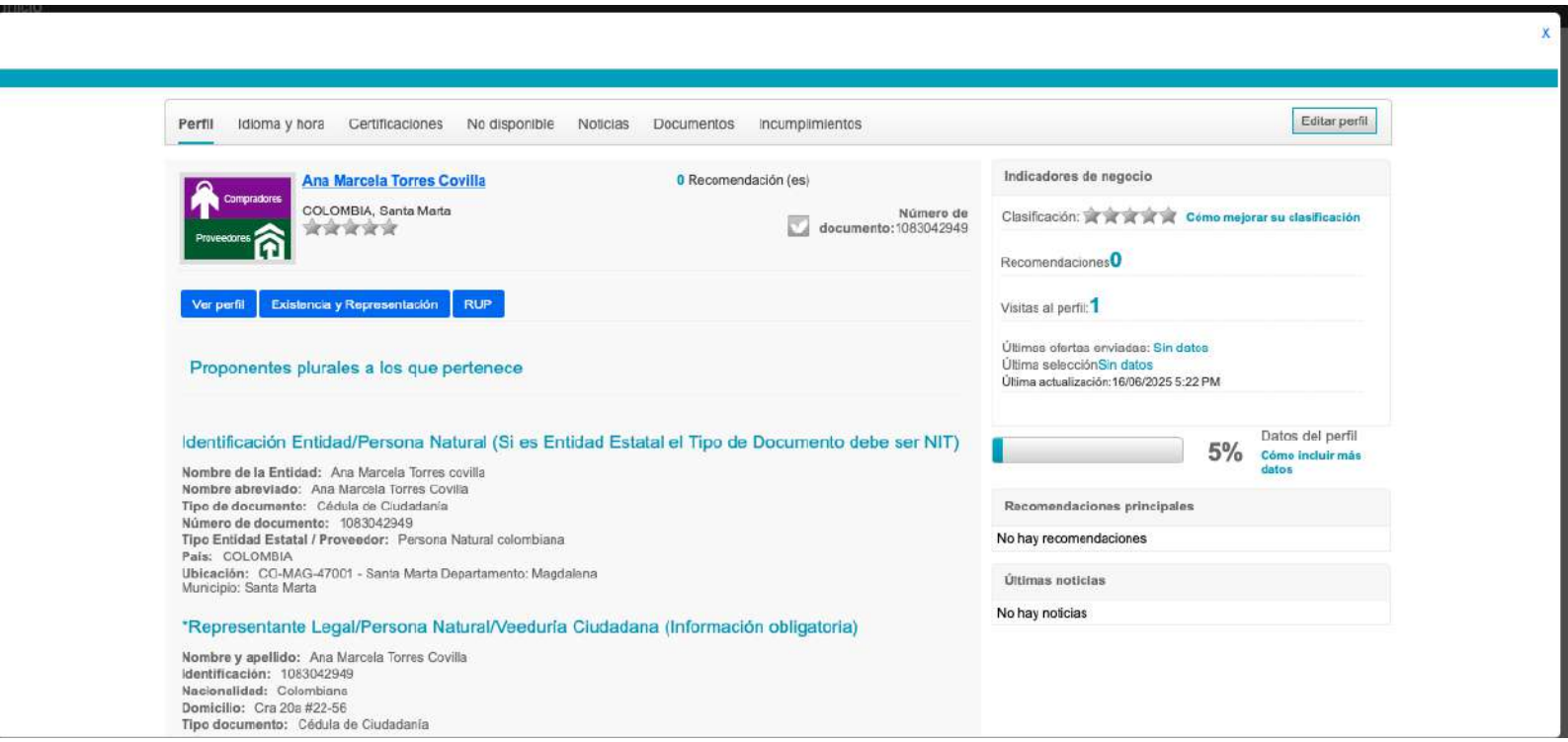

Perfil
Idioma y hora
Certificaciones
No disponible
Noticias
Documentos
Incumplimientos
Editar perfil
Compradores
Proveedores
Ana Marcela Torres Covilla
COLOMBIA, Santa Marta
0 Recomendación (es)
Número de documento: 1083042949
Ver perfil
Existencia y Representación
RUP
Proponentes plurales a los que pertenece
Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)
Nombre de la Entidad: Ana Marcela Torres covilla
Nombre abreviado: Ana Marcela Torres Covilla
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 1083042949
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena Municipio: Santa Marta
*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)
Nombre y apellido: Ana Marcela Torres Covilla
Identificación: 1083042949
Nacionalidad: Colombiana
Domicilio: Cra 20a #22-56
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
Indicadores de negocio
Clasificación:
Cómo mejorar su clasificación
Recomendaciones 0
Visitas al perfil: 1
Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selección Sin datos
Última actualización: 16/06/2025 5:22 PM
5%
Datos del perfil
Cómo incluir más datos
Recomendaciones principales
No hay recomendaciones
Últimas noticias
No hay noticias

Santa Marta, Magdalena, Julio del 2025

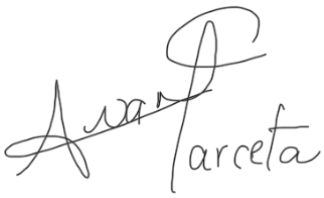
Dr. Haroldo José Pizarro Nay

Gerente E.S.E Alejandro Prospero Reverend

Cordial Saludo,

De manera respetuosa presento ante usted mi propuesta de trabajo como Medico General para la atención en procedimientos médicos diagnósticos, quirúrgicos y terapéuticos; cirugías efectivas y urgentes y atención hospitalaria a la población usuaria de E.S.E Alejandro Prospero Reverend en el servicio que se me sea asignado. De antemano agradezco su atención.

Atentamente,



Ana Marcela Torres Covilla
C.C 1083042949
Email: anamarcela97@hotmail.com
Dirección: Cra 20ª #22-56 conjunto castellana plaza
Cel: 3002076930

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Torres	Covilla	Ana Marcela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1083042949	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 02 MES 02 AÑO 1999

PAÍS Colombia

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 20ª #22-56 Conjunto castellana plaza

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO 3002076930 EMAIL Ana.marcela97@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 06 AÑO 2017
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UNIVERSITARIA	14	X		MEDICO	06	2024	1083042949

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
Ingles			x			x			x

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD *CLINICA BENEDICTO*	*PÚBLICA*	*PRIVADA* *X*	*PAÍS* *COLOMBIA*
DEPARTAMENTO *MAGDALENA*	*MUNICIPIO* *SANTA MARTA*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS *3002076930*	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 07 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL *MEDICO GENERAL*	*DEPENDENCIA* *URGENCIAS*		*DIRECCIÓN* *CALLE 14 #23-42*

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) ~~NO~~ (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, Julio 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-06-12 18:03

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANA	MARCELA	TORRES	COVILLA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1083042949

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Av Libertador N° 25-67"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$9.840.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	$850.000,00
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$10.690.000,00

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	$4.500.000,00

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 [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

How can I check the declarations?

- To consult the declarations of a specific person (declarant)
- To consult the declarations by period

What information will I find in the results?

In the results of your search you will find the following information: **Declarant**: name or company name and identity document number of the person declaring; **Entity**: on which the declarant registers his possible conflicts of interest; **Position/Contractor**: position of the declarant in the indicated entity, or if he is a contractor in it; **Publication type**: if the declaration is Income, Retirement, Periodic or Other (Law 2013 of 2019); **Declaration number**: number and version of the statement, and version that corrects/modifies; **Publication date**: date on which the declarant published the declaration and **Declaration Status**: Completed or Under review.

The Finalizado status indicates that the regulated entity selected its Entity and Position from the lists available in the system; En revision indicates that the Entity or the Position were filled out by the regulated entity and the Administrative Department of the Civil Service will verify the information recorded to specify its legal validity before marking the record with status Finalizado.

Make an inquiry

Person type	NATURAL
First name	Ana
Middle name	Marcela
Surname	Torres
Last surname	Covilla
ID number	1083042949
Entity name	
Publication date	dd/mm/yyyy to dd/mm/yyyy

Find | Clear search | Go to Information report module

REMEMBER THAT: By virtue of the principle of good faith, it is presumed that the information provided by the subjects bound by Law 2013 of 2019 is true and, therefore, is of legal use until it is distorted with the mechanisms enshrined in the current legal system.

If you have any questions or problems, write to us at: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicating your request, name, type and document number and contact telephone number.

Search results

Declarant	Download	Entity	Position/Contractor	Publication type	Declaration number	Publication date	Declaration status
ANA MARCELA TORRES COVILLA CEDULA DE CIUDADANIA - 1083042949	**Law 2013 of 2019 Declaration**	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	**2735286-01** Initial declaration	2025-06-12 18:03	FINALIZADO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y demás normativas vigentes en Colombia en materia de protección de datos personales, la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, con NIT 819.004.070, actuando como responsable del Tratamiento de Datos Personales, solicita a sus empleados, contratistas y demás vinculados, la autorización expresa para la recolección y tratamiento de sus datos personales.

Al aceptar esta autorización, usted consiente de manera libre, previa, expresa, voluntaria e inequívoca, que la E.S.E Alejandro Prospero Reverend recoja, almacene, procese, transmita y transfiera sus datos personales, los cuales se utilizarán para fines relacionados con la gestión de talento humano, contratación, cumplimiento de obligaciones contractuales y laborales, desarrollo de políticas internas, y demás propósitos necesarios para el desarrollo de la misión de la entidad.

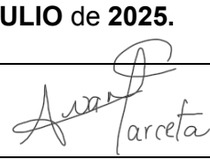
Finalidades del Tratamiento de Datos Personales: La E.S.E Alejandro Prospero Reverend tratará sus datos personales para gestionar el vínculo laboral o contractual, lo que incluye procesos administrativos como nómina, prestaciones sociales, seguridad social, consultar sus datos en en las siguientes bases de datos: Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional, Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República, Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional y RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (solo personal de salud) y, facilitar la comunicación con usted. Además, los datos se usarán para cumplir con las políticas internas de la empresa, normas laborales, seguridad de la información, y administrar el acceso a sistemas, activos, así como el control de asistencia y desempeño.

Derechos del Titular: Como titular de los datos personales, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar prueba de la autorización para el tratamiento de sus datos. Puede ser informado del uso de sus datos, revocar la autorización o solicitar la supresión de los mismos, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend a través de los siguientes canales:

- Sede Administrativa, Av. Libertador # 25 - 67, Santa Marta D.T.C.H., Magdalena
- Correo electrónico: tratamientodatospersonales@esealprorev.gov.co
- Teléfono: +57 333 033 4416
- Página web: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co/

Aceptación y Firma: Leído lo anterior, al firmar este documento, usted autoriza de manera libre, expresa e inequívoca a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo establecido.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el **08** de **JULIO** de **2025.**

FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA:	
NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA	ANA MARCELA TORRES COVILLA
N°. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA	1083042949

Vigilado Supersalud

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, **ANA MARCELA TORRES COVILLA**, identificado(a) con **1083042949** en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Naturaleza de Acuerdo
Este es un acuerdo de confidencialidad **unilateral**, en el cual la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** será la única parte que revelará información confidencial al colaborador. Por lo tanto, El colaborador se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso, sin tener derecho a compartirla ni utilizarla para fines distintos a los autorizados.

Objeto del Acuerdo
El presente acuerdo tiene como objetivo proteger la información de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, a la que el colaborador tenga acceso durante el ejercicio de sus funciones y/o actividades. Esta información incluye, pero no se limita a, datos técnicos, operativos, administrativos y cualquier otra información relacionada con la misión de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** en la prestación de servicios de salud, manejo de casos clínicos, datos sobre pacientes, procedimientos internos, estrategias de negocio, listas de usuarios o proveedores, y cualquier otra información según las políticas internas de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Este acuerdo también se ajusta a las disposiciones generales del Código Civil, Libro IV, sobre las obligaciones y contratos, así como a los artículos 194 y 308 del Código Penal, en relación con la divulgación de documentos reservados y violación de la reserva industrial o comercial.

Obligaciones del colaborador
El colaborador se compromete a:

- Cumplir con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015. Además, aplicar los procedimientos y lineamientos contemplados en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, los cuales están disponibles en la página web oficial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co.
- No divulgar, compartir o utilizar la información confidencial para fines distintos a los autorizados expresamente por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.
- Proteger la información a través de las medidas de seguridad proporcionadas por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, así como aquellas requeridas por la naturaleza de la información.
- No realizar copias, reproducciones o almacenamientos no autorizados de la información.
- Devolver cualquier información confidencial que esté bajo su custodia al término de la relación laboral o contractual, sin conservar copias en ningún formato.
- Reportar de inmediato cualquier incidente o brecha de seguridad que pueda comprometer la información confidencial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Uso de la Información

Vigilado Supersalud

El colaborador sólo podrá utilizar la información confidencial para los fines expresamente autorizados por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, en el marco de sus actividades laborales o contractuales.

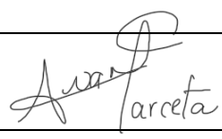
Duración del Compromiso
Este compromiso se mantendrá vigente durante todo el periodo en que el colaborador preste sus servicios a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** y continuará de forma indefinida después de la terminación de la relación laboral o contractual, independientemente de las causas de dicha terminación.

Consecuencias del Incumplimiento
El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acuerdo dará lugar a sanciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato, además de posibles acciones civiles, administrativas y penales, según la normativa vigente.

Excepciones
Este acuerdo no será aplicable a la información que sea requerida por una autoridad judicial o administrativa, siempre y cuando El colaborador notifique previamente a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** sobre dicha obligación de divulgación.

Firma y Aceptación
El colaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el **08** de **JULIO** de 20**25.**

FIRMA DEL COLABORADOR:	
NOMBRE COLABORADOR	ANA MARCELA TORRES COVILLA
N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR	1083042949



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.083.042.949
TORRES COVILLA
APELLIDOS
ANA MARCELA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1999
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-FEB-2017 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141186190466

(415)7707212489984(8020) 000014118619046 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1083042949	7	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	19	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1083042949	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	COVILLA	ANA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 20 A 22 56 BRR PORVENIR

42. Correo electrónico: anamarcela97@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3002076930	

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
8621	2024 08 06						

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	49																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre TORRES COVILLA ANA MARCELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, *e\(la)* ciudadano(a) con número che identificación CC 1083042949 NO GE **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 aqui registrados.

Se expide en Bogotá el 08/07/2025 04.23 PM

C0d‹go Ve rtftcaci0n ; {t2B 4EG 3YXQ

Válida hasta. 10/0e/2025

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 275552151

PIB
16:57:46

Bogotá DC, 08 de julio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANA MARCELA TORRES COVILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1083042949:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

La República de Colombia y en su Nombre, El

Colegio Bilingüe Santa Marta

Santa Marta D.T.C.H., Magdalena

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital mediante
Resolución No. 0327 del 6 de Mayo de 2009,

Confiere a:

Ana Marcela Torres Covilla

Identificada con C.C. No. 1083042949 expedida en Santa Marta

El Título de:

Bachiller Académico

Con Profundización en Humanidades

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

La Rectora

Adriana Ortiz Maldonado
C.C. 51.845.516 de Bogotá

COLEGIO BILINGÜE SANTA MARTA

La Secretaria

Silvia Rosa Vives Campo
C.C. 1.082.875.485 de Santa Marta

Dado en Santa Marta, a los 9 días del mes de Junio de 2017

Scanned with CamScanner

Aprobado por la Alcaldía Mayor de Santa Marta Distrito Turístico Cultural e Histórico Resolución No. 0327 del 6 de Mayo de 2009 - DANE 447001004284 – ICFES 053363 Urbanización San Francisco, Troncal del Caribe - Santa Marta – Magdalena

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H., el día 09 de junio de 2017 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por las suscritas Rectora y Secretaria Académica, en el cual el Colegio Bilingüe Santa Marta, confirió el título de:

Bachiller Académico
Con Profundización en Humanidades

A:

Ana Marcela Torres Covilla

C.C. 1083042949 de Santa Marta

No. 33

Quien cumplió con todos los requisitos académicos contenidos en los Planes de Estudio, contemplados en el PEI (Proyecto Educativo Institucional) y demás normas vigentes.

Ésta Institución no oficial está autorizada para prestar el servicio público educativo, en los niveles de Educación Preescolar, Básica y Media Académica, y expedir el título de Bachiller Académico con Profundización en Humanidades, mediante Acto Administrativo emanado de la Secretaría de Educación, según Resolución No. 0327 del 6 de mayo de 2009.

Es fiel copia del Acta General No.036 de fecha 09 de junio de 2017 que consta de 37 graduandos, comienza con el nombre de Ahumada Segrera Sebastián Andrés y se cierra con el nombre de Zúñiga Arias Roberto Alonso.

En Santa Marta, D. T. C. H., a los 09 días del mes de junio de 2017.

Adriana Ortiz Maldonado
C.C. 51.845.516 de Bogotá D.C.
Rectora

Silvia Rosa Vives Campo
C. C. No. 1.082.875.485 de Santa Marta
Secretaria Académica

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA.
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Personería Jurídica No. 1052 del 25 de febrero de 1974 y con reconocimiento institucional como Universidad mediante la Resolución Nº 08687 del 24 de julio de 1987, expedidas por el Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

ANA MARCELA TORRES COVILLA

C.C. No. 1.083.042.949

HA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
REGLAMENTARIAMENTE EXIGIDOS, LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

MÉDICO

SE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA EN BARRANQUILLA, ATLÁNTICO,
A LOS 28 DÍAS DEL MES JUNIO DEL AÑO 2024.

VICE-RECTOR ACADÉMICO

RECTOR

DIRECTOR DE PROGRAMA

ANOTADO EN EL LIBRO 4 . FOLIO 32 . REGISTRO DE DIPLOMA Nº M-8359.

20697

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Personería Jurídica No. 1052 del 25 de febrero de 1974, expedida por el Ministerio de Justicia y con reconocimiento Institucional como Universidad mediante la Resolución No. 08687 del 24 de julio de 1987, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

Programa de MEDICINA *Código: M-192-10658-24*

En Barranquilla a los 28 días del mes de Junio de 2024, según consta en el Acta, se reunieron en el aula máxima de la Universidad Metropolitana los señores JUAN JOSE ACOSTA OSSIO, Rector de la Universidad Metropolitana; ARTURO GONZALEZ PEÑA, Vice-Rector Academico, OSMAR DE JESÚS PÉREZ PÉREZ Director(a) del Programa, con el fin de llevar a cabo el acto solemne de grado de Programa de MEDICINA a:

Ana Marcela Torres Covilla

Cédula De Ciudadanía 1.083.042.949 de Santa Marta

Quien se presentó a recibir su titulo despúes de haber llenado los requisitos que los Reglamentos de la Universidad exigen para tal fin.

El señor Rector de la Universidad hace entrega al graduando del Diploma que lo acredita como:

Médico

Para constancia se firma la presente Acta por todos los que en ella han intervenido.

(Fdo) JUAN JOSE ACOSTA OSSIO
Rector

(Fdo)OSMAR DE JESÚS PÉREZ PÉREZ
Director(a) de Programa

(Fdo)ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA
Vice-Rector Academico

Es fiel copia de la parte pertinente del original, tomado del Libro de Actas respectivo.

ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA
Vice-Rector Academico

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108304294900255251
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ANA MARCELA TORRES COVILLA**, identificado(a) con C.C. No. 1083042949 y T.P. o R.M. No. 1083042949 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 08 julio 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ANA MARCELA TORRES COVILLA
CC 1083042949



MÉDICO

Universidad Metropolitana
Barranquilla

GRADO: 28/06/2024
ReTHUS: 18/07/2024

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicada en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia).
parse.colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

Resultado General -2025-07-08--5:02:55 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1083042949	ANA	MARCELA	TORRES	COVILLA	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) ANA MARCELA TORRES COVILLA identificado(a) con CC 1083042949 registra La siguiente información:

2025-07-08--5:02:55 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2024-07-18	126889	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

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:

Ana Marcela Torres Covilla

CC 1083042949 de Santa Marta-Magdalena

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: 2025-06-09
Fecha de vencimiento: 2027-06-09

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

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

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:

Ana Marcela Torres Covilla

CC 1083042949 de Santa Marta-Magdalena

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: 2025-06-13
Fecha de vencimiento: 2027-06-13

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

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:

Ana Marcela Torres Covilla

CC 1083042949 de Santa Marta-Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-08-22
Fecha de vencimiento: 2026-08-22

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

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

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:

Ana Marcela Torres Covilla

CC 1083042949 de Santa Marta-Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico - Resolución 3100 de 2019
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-11
Fecha de vencimiento: 2027-06-11

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

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Ana Marcela Torres Covilla

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

12 de mayo de 2022

Horas: 20

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=627de3ff-7c60-4a5c-8654-272cac1f1c2e

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

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:

Ana Marcela Torres Covilla

CC 1083042949 de Santa Marta-Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Promoción y Mantenimiento de la Salud - 3280 / 2018 y Resolución 295 del 2023
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-16
Fecha de vencimiento: 2027-06-16

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

* B CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la salud
NIT. No 900.099.151-4
Calle 23 No 14 – 46 tel. 423 62 65 - 423 62 07
314 592 76 64 – 301 501 3
- clinicabenedicto@hotmai
Santa Marta – Magdalena

LA SUSCRITA COORDINADORA DE LA INSTITUCION

CERTIFICA:

Que la señora Ana Marcela Torres Covilla identificada con C.C. No. 1.083.042.949 expedida en Santa Marta (Magdalena) Labora en la institución, desde el día primero (1) de julio del 2024, como médico general, con contrato término fijo.

Esta certificación se expide petición del interesado, a los ocho (08) días del mes de Julio del 2025.

NEYLA ACOSTA SORACA
DTO TAL ENTO HUMANO
CLINICA BENEDICTO

Bogotá, Julio / 8 de 2025

Señor (a): ANA MARCELA TORRES COVILLA
CC. 1083042949
CR 20A 22 56
SANTA MARTA

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

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 Junio / 4 de 2024, 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 at teléfono 4854555.

Cordialmente.

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA MARCELA TORRES COVILLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1083042949,** se encuentra afiliado/a desde **31/07/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND
SANTA MARTA D.T.C.H.

NIT 819.004.070-5

ALCALDÍA DE SANTA MARTA
Distrito Turístico, Cultural e Histórico

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 | Versión: 002 | 06/feb/2024 | Fecha de creación: 06/feb/2023

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento	Cedula de ciudadanía	Número de documento	1083042949	Lugar de expedición	Santa Marta
Primer apellido	Torres	Segundo apellido	Covilla	Nombres	Ana Marcela
Nacionalidad	Colombiana	Dirección de domicilio	Cra 20ª #22-56		
Departamento	Magdalena	Ciudad | Municipio	Santa Marta	Correo electrónico	Anamarcela97@hotmail.com
Número de contacto	3002076930	Lugar de nacimiento	Santa Marta	Fecha de nacimiento	02/02/1999
Estado civil	Soltera				
Actividad principal que desempeña actualmente	Medico General			Código actividad en RUT (4 dígitos)	8621

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres	3012525876	Dirección	EDIFICIO COSTA BELLA - IROTAMA	Teléfono	3106422006
Apellidos y nombres	Viviana Covilla Herrera	Dirección	Cra 20ª #22-56	Teléfono	

PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (PEP)[1]

¿Maneja recursos públicos?	Si [ ]	No [X]	¿Tiene reconocimiento público?	Si [ ]	No [X]	¿Ejerce algún grado de poder público?	Si [ ] No [X]
¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta?	Si [ ]	No [X]	¿Cuál?				

INFORMACION FINANCIERA

Ingreso mensual	$2,300,000	Otros ingresos mensuales		Total ingreso mensuales	$2,300,000	Total egresos mensuales	$1,400,000
Total activos	$2,300,000	Total pasivos	$1,400,000	Información financiera a corte			
Indique el concepto de otros ingresos							

INFORMACION BANCARIA

Entidad bancaria	Bancolombia	Número de cuenta	43483172100	Tipo de cuenta	Ahorro
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	
Entidad bancaria		Número de cuenta		Tipo de cuenta	

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Si [ ] No [X]	Tipo de cuenta	
		¿Cuál?	

INFORMACION BANCARIA

¿Tiene productos financieros en moneda extranjera?	Si [ ] No [X]	Tipo de producto		Número de producto	
		Entidad financiera		País	

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.
4. De manera irrevocable autorizo a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend***, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

DECLARACIONES ADICIONALES

¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI	NO X	¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton? SI NO X

PROTECCION DE DATOS PERSONALES

La ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** como tratante de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.
La información y datos personales suministrados a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en https://www.esealprorev.gov.co
Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

SI X
NO

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma

Certificación
Bancaria

Jueves, 12 de junio de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANA MARCELA TORRES COVILLA identificado(a) con CC 1083042949, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	43483172100	2017-10-04	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

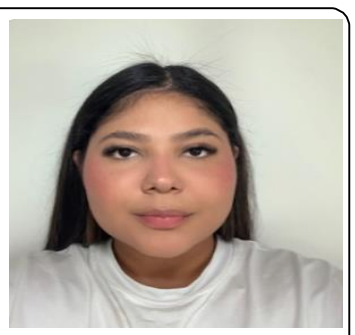
901127782-6

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2025-07-08 09:10:12

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

DATOS DEL TRABAJADOR



PACIENTE: ANA MARCELA TORRES COVILLA

ID: CC 1083042949

FECHA DE NACIMIENTO: 1999-02-02

EDAD: 29 Años

TEL. 3002076930

DIRECCION: CARRERA 20A # 22-56 SANTA MARTA (MAGDALENA)

SEXO: F

CONVENIO: PARTICULARES

ESTADO CIVIL: SOLTERA

EPS: SALUD TOTAL EPS S.A

CARGO: MEDICO GENERAL

Trabajo en Alturas : --

Manipulación de Alimentos : --

Espacios Confinados: --

TIPO DE EXAMEN

- [x] **INGRESO**
- [ ] **PERIODICO**
- [ ] **RETIRO**
- [ ] **EGRESO**
- [ ] **ESPACIOS CONFINADOS**
- [ ] **ÉNFASIS EN ALTURA**
- [ ] **MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS**
- [ ] **POSTINCAPACIDAD**
- [ ] **MEDICINA GENERAL**
- [x] **OTRO** **CUAL:** EVALUACION PSICOLOGICA

EXÁMENES A REALIZAR

- [x] AUDIOMETRIA
- [ ] ELECTROCARDIOGRAMA
- [ ] ESPIROMETRIA
- [ ] EXAMEN PSICOSENSOMETRICO
- [x] VISIOMETRIA
- [x] EXAMEN OSTEOMUSCULAR
- [ ] TAMIZAJE VISUAL
- [ ] PERFIL LIPÍDICO
- [x] LABORATORIOS
- [ ] PSICOTECNICO
- [x] EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

OTRO: HEMOGRAMA, EXAMEN DE ESPUTO (TBC) Y EXAMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PANEL X2, ALCOHOLIMETRIA, HEPATITIS B, GLUCOSA, RADIOGRAFIA DE TORAX, RADIOGRAFIA LUMBOSACRA

RECOMENDACIONES

Higiene postural SI **Pausas activas:** SI **Restricción para el manejo de cargas:** NO **Uso epp:** SI

Edu. en manejo cargas: SI **Fomento de hab. saludables :** SI

Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

2. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

3. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

4. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

5. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

Remision:

Observaciones:

CONCEPTO

Concepto de Ingreso: APTO SIN RESTRICCIONES

Concepto Retiro: --

Concepto Periódico : --

Observaciones:

1. HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
2. HIGIENE POSTURAL Y DE CARGA
3. CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

CONDUCTA

• Conducta de manejo médico:	• Conducta médica laboral:	• Cond. sobre háb. y estilos de vida saludables:
☐ a. Continuar manejo médico	☑ a. Educación en higiene postural.	☑ a. Actividad física regular.
☐ b. Remisión a EPS.	☑ b. Capacitación y verificación en uso adecuado de los elementos de protección personal.	☑ b. Educación en alimentación saludable.
☐ c. Seguimiento por la ARL.		☐ c. Desestimular el tabaquismo y consumo de sustancias perjudiciales.
		Otro:

• Recomendaciones específicas:

- ☐ a. Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas.
- ☐ b. Restricción para manejo de cargas.
- ☐ c. No exponer a ruido de más de 80 decibeles sin protección auditiva adecuada.

Otras:

SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE

ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PACIENTE: ANA MARCELA TORRES COVILLA

ID: CC 1083042949

SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

901127782-6

HISTORIA CLÍNICA VISIOMETRIA

FECHA: 2024-08-05 16:05:57

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

DATOS DEL TRABAJADOR



PACIENTE: ANA MARCELA TORRES COVILLA

ID: CC 1083042949

FECHA DE NACIMIENTO: 1999-02-02

EDAD: 25 Años

TEL. 3002076930

DIRECCION: CARRERA 20A # 22-56 SANTA MARTA (MAGDALENA)

SEXO: F

CONVENIO: PARTICULARES

ESTADO CIVIL: SOLTERO

EPS: SALUD TOTAL EPS

CARGO: MEDICO GENERAL

TIPO DE EXAMEN:

☐ Ingreso ☐ **Egreso** ☐ **Periódico** ☐ **Seguimiento**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORO (RÁ)-(RÓ) EL TRABAJADOR O ASPIRANTE:: PARTICULAR

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR

Cargo: MEDICO GENERAL **Sección:**

INFORMACIÓN PERSONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGÍA VISUAL:

	Si	No	Cuales?
¿Ha tenido cirugías o traumas oculares?	☐	☑	
¿Presenta actualmente molestias en los ojos?	☐	☑	
¿Está expuesto a riesgos ocupacionales o oculares en el cargo actual?	☐	☑	
¿Usa en el cargo actual elementos de protección ocular?	☐	☑	

Problemas de refracción ☐ **Si** ☑ **No** **Cual?:** **Tiempo de evolución:**

Corregido ☐ **Si** ☑ **No** Tipo de corrección ☐ **Lentes de contacto** ☐ **Gafas** ☐ **Ambas**

Frecuencia de uso:

Tiempo transcurrido desde el ultimo examen visual:

Tiempo transcurrido desde el ultimo cambio de formula:

EVALUACIÓN (Marque las respuestas acertadas para cada prueba. No diligencia los espacios sombreados.

VISIÓN LEJANA

Uso de corrección durante examen SI ☐ NO ☒

Prueba	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ambos Ojos	↑	→	→	←	↑	↓	←	→	←	↓	→
Ojo Derecho	↑	←	↑	↑	↓	↓	←	↓	→	↑	→
Ojo Izquierdo	←	→	←	↓	→	↑	↑	↓	→	↑	↓
Snellen	20/200	20/100	20/70	20/50	20/40	20/35	20/30	20/25	20/22	20/20	20/18
Visión de Profundidad	1 ↓	2 ←	3 ↓		4 ↑	5 ↑	6 ←		7 →	8 ←	9 →
Percepción de Colores	A 12		B 5		C 26		D 6		E 16		F 0
Foria Vertical	1		2		3		4		5		6 7
Foria Lateral	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										

Clasif. Según tabla de Snellen

1. Normal
2. Normal
3. Normal
4. Normal
5. Normal
6. Normal
7. Normal
8. Normal
9. Normal
10. Normal

VISIÓN CERCANA

Uso de corrección durante examen SI ☐ NO ☒

Prueba	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ambos Ojos	→	←	↑	→	↓	→	↑	←	↕	←	↓
Ojo Derecho	↕	↓	↕	↓	→	↑	→	←	↓	←	→
Ojo Izquierdo	↓	←	↓	→	↑	←	↑	↓	→	→	←
Foria Lateral	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										

Clasif. Según tabla de Snellen

1. Normal
2. Normal
3. Normal
4. Normal
5. Normal

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.
901127782-6
HISTORIA CLÍNICA VISIOMETRIA
FECHA: 2024-08-05 16:05:57
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

VISIÓN PERIFÉRICA

Evaluada **Si:** ☑ **No:** ☐

Grados	85°	70°	55°	Nasal
Derecho	Normal	Normal	Normal	Normal
Izquierdo	Normal	Normal	Normal	Normal

INTERPRETACIÓN	Lejos		Cerca	
Interpretación	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Agudeza Visual Normal	20/20	20/20	20/20	20/20
Refracción				
Corregido				

Interpretación	Normal	Anormal
Visión de Profundidad	X	
Percepción de Colores	X	
Forias	NO HAY ESTRABISMO	
Visión Periférica	X	

DIAGNOSTICO PPAL: Z100-EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1: Z010-EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2:

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3:

CONCEPTO : VISUAL

Cumple actualmente requerimiento Ocupacional **Si:** ☑ **No:** ☐

RECOMENDACIONES **Si:** ☐ **No:** ☑ Valoración por Optometria **Si:** ☐ **No:** ☐

Debe usar corrección para laborar **Si:** ☐ **No:** ☐ Se recomienda control de visiometria **En:** 9 **Meses**

Valoración por Oftalmologia

Observaciones:



SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE
ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
R.M. 0556

PACIENTE: ANA MARCELA TORRES COVILLA
C.C. 1083042949

GAMMA Laboratorio Clínico	RESULTADOS LABORATORIO CLINICO	
	Dra. Enith Britto Hernandez	
	Nit.41549084-5	LG-FOR-008

Fecha:	05 de agosto de 2024	Registro:	29680
Nombre:	ANA MARCELA TORRES COVILLA	Edad:	25 Años
ID:	CC 1083042949	Remisión:	particular

MICROBIOLOGIA

EXAMEN

Baciloscopia

Muestra estudiada: Esputo

Bacilos Acido Alcohol Resistentes (Baar)

Resultado: No se observaron Bacilos Acido Alcohol Resistentes en 100 campos observados.

Atte:

Laboratorio Clínico GAMMA
Dra. Enith Britto Hernández
Bacteriólogo Nit. 41549084-5

CARRERA 5 Nº 10C - 15 TEL: 4210790 - Celular: 304 364 1791
gammalaboratorioclinico1@gmail.com Santa Marta – Magdalena
Colombia

CLÍNICA BENEDICTO

LABORATORIO CLÍNICO

HEMATOLOGÍA, QUÍMICA, PARASITOLOGÍA, SEROLOGÍA, UROANÁLISIS, MICROBIOLOGÍA

Identificación:	1083042949	**Paciente:**	ANA MARCELA TORRES COVILLA		
Fecha:	20/02/2025 1 6 :20:00p.m.	**Hora:**	16:45	**Edad:**	26 año(s), 4 mes(es) y 28 días.

HEMOGRAMA

SERIE ROJA		VALORES DE REF.		
		Hombres	**Mujeres**	**Niños**
Eritrocitos X mm3	5.32	4.5 - 4.8 mm3	3.8 - 4.2 mm3	3.5 - 4.0 mm3
Hemoglob.g/dl	12.5	13 g % - 16 g %	12 g % - 14.4 g %	11 g % - 14 g %
Hematrocritos %	37.5	40 % - 48 %	36 % - 42 %	36 % - 40 %
MCV fl:		80 - 100 um3	80 - 100 um3	80 - 100 um3
MCH pg:		27 - 32 pg	27 - 32 pg	27 - 32 pg
MCHC g/dl:		32 - 36 g/dl	27 - 36 g/dl	32 - 36 g/dl
RDWsd fl:				
RDWcd %:				

SERIE BLANCA		ADULTOS	NIÑOS	SERIE PLAQUETARIA		Vlr. REF
Leucoc. mm	12.8	5.000 - 10.000 x mm	5.000 - 12.000 x mm	Plaquetas mm3	420.000	150 - 450.000 plaq / mm
Neutrófilos	73.1	50% - 70%	45% - 65%	PDWcv %:		
Linfocitos	22.1	20% - 30%	30% - 50%	PDWsv fl:		
Monocitos	4.8	2% - 6%	2% - 6%	MPV fl:		
Eusinófilos		1% - 4%	1% - 5%	PCT %:		
Basótilos		0% - 1%	0% - 1%			

DIFERENCIA MANUA		ADULTOS	NIÑOS			
Neutrófilos		50% - 70%	45% - 65%	Linfocitos atípicos:		
Linfocitos		20% - 30%	30% - 50%	Cayados:		
Monocitos		2% - 6%	2% - 6%	Otras:		
Eusinófilos		1% - 4%	1% - 5%	Otras:		
Basótilos		0% - 1%	0% - 1%			

ANGELICA PATRICIA RIVAS IBAÑEZ - Re

Observaciones:

CLÍNICA BENEDICTO

LABORATORIO CLÍNICO

HEMATOLOGÍA, QUÍMICA, PARASITOLOGÍA, SEROLOGÍA, UROANÁLISIS, MICROBIOLOGÍA

Ident. 1083042949 **Paciente:** ANA MARCELA TORRES COVILLA

Fecha: 30/jun/2025 **Hora:** 16:33 PM **Edad:** 26 **Años**

Otros exámenes

Exámen solicitado: Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina

Resultado:	**Valores de referencia:**
98	PRE:70 - 110 mg/dl EN AYUNAS:65 - 109 mg/dl 2 HORAS:70 - 115 mg/dl

MILENA JOSE ELIAS CASTAÑEDA - Registro: 470407

BACTERIOLOGO

* B CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la salud
NIT. No 900.099.151-4
Calle 23 No 14 – 46 tel. 423 62 65 - 423 62 07
314 592 76 64 – 301 501 3
- clinicabenedicto@hotmai
Santa Marta – Magdalena

Paciente : ANA MARCELA TORRES COVILLA
Fecha RCP : 2025-07-01 09:11:52
Edad : 26 A Sexo : F
Identificacion : CC 1083042949
Telefono :
Sala : URGENCIAS
Empresa : SALUD TOTAL EPS

	Resultado	Und.Med.	Valores de Referencia

Inmunologia

F. reportado: 2025-07-01 12:22:25

Antígeno de Superficie Hepatitis B — Negativo

Método: Quimioluminiscencia

Valor de Referencia:
No Reactivo: Menor a 1.0
Reactivo: Mayor a 1.0

F. reportado: 2025-07-01 12:22:35

Hepatitis B. ANTI-HBs. — <10 UI/mL

Valor de Referencia:
No Reactivo: Menor a 10.0
Reactivo: Mayor a 10.0

F. reportado: 2025-07-01 12:22:38

Técnica: Inmunoanalisis Quimioluminiscente de microparticulas (CMIA).

NOTA: Según recomendacines de la Organización Mundial de la Salud, una concentración de anti-HBs mayor o igual a 10mUI/ml se considera protección frente a una infección por el virus de La hepatitis B

Divina Muñoz M.
Bacteriologa
R.M. 57438753

INFORME VALORACION PSICOLOGICA

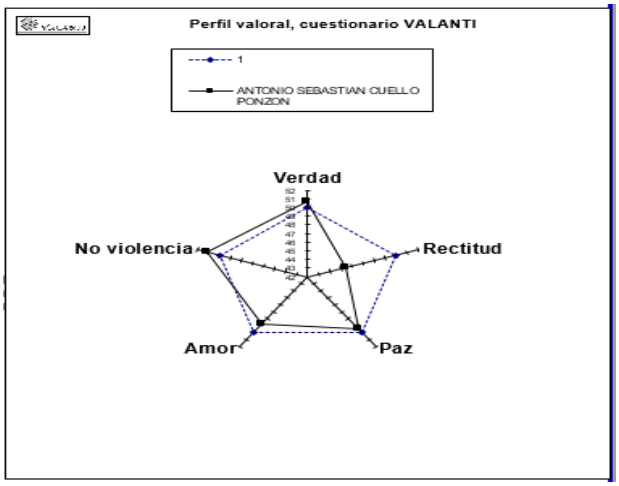
DATOS DEL ASPIRANTE					
Nombre	ANA MARCELA TORRES COVILLA	**Edad**	25	**Fecha:**	05/08/2024
Cargo:	MEDICO	**Empresa:**		PARTICULAR	

PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Tras la realización de entrevista semiestructurada y aplicación e interpretación de cuestionario VALANTI se observa a la señora ANA MARCELA TORRES COVILLA identificada con CC 1083042949 consciente, ubicada en sus tres esferas de tiempo, lugar y persona, no demuestra alteraciones en su Sensopercepción, al momento de la valoración no impresiona signos ni síntomas de ansiedad; La evaluadarevela confianza en sí mismo es clara su posición frente a la vida, respetando su posición. La persona denota tener consciencia de sus posibilidades y limitaciones; En el área laboral la examinada tiende a manejar buenas relaciones interpersonales, les da prioridad a cualidades como la veracidad, raciocinio, confiabilidad, respeto y sacrificio. Para la examinada es importante la responsabilidad y cumplimiento de metas. Indica que para la entrevistada que es relevante el compromiso a nivel laboral, así mismo se observan cualidades como la calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción y silencio interior. En el ámbito personal se caracteriza por su amabilidad, empatía, compasión cuidado y tolerancia; la señora ANA MARCELA TORRES COVILLA se adapta con facilidad a los sistemas normativos que le son impartidos a nivel institucional y social. La entrevistada da adecuada importancia a valores tales como: aprecio por las demás, culturas, justicia social y unidad humana.

La candidata se encuentra **APTA** para el cargo al cual aspira.

Valor	Verdad	Rectitud	Paz	Amor	No violencia
Promedio Normas nacionales, 1997 (n=730)	15,65	21,05	17,35	16,68	21,22
Desviación Estandar Normas nacionales, 1997 (n=730)	4,70	4,44	6,61	5,41	7,19
Puntajes directos	16	19	17	16	22
1	50	50	50	50	50
SEBASTIAN CUELLO PONZON	51	45	49	49	51
Interpretación del puntaje estándar	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio
	****	****	****	****	****
Distancia con la Organización	1	-5	-1	-1	1



Layma Márquez

Layma Liliana Marquez Toledopsicóloga
Tp 213112Psicóloga especialista en SST Resolución 11331 de 11/08/2021Maestrante en Psicología

Clinica de la Mujer S.A

NIT819000364-7

Impresión: 02/08/2024 08:50

INFORME DE RESULTADOS

Orden: 5708163102		**Fecha:** 05/08/2024 08:50	**Servicio :** CONSULTA EXTERNA
	Paciente	**Médico**	**Entidad**
Nombre	ANA MARCELA TORRES COVILLA	No informado	SERVICIOS MEDICOS SAMB SAS
Dirección			CARRERA 20A No 22-56
Teléfono			3002076930
Documento	CC 1083042949 **Edad:** 25 Años **Fecha de Nac:** 1999-02-02	Historia: Pin: 7e72m5	Nit: 901127782-6

Exámen	Resultado	Intervalo de Referencia

Especializados

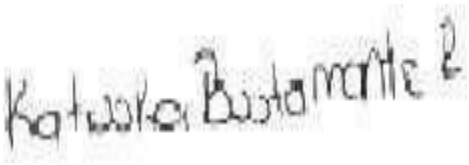
Técnica: Inmunocromatografía

CANNABINOIDES SEMICUANTITATIVA (Marihuana) **NEGATIVO**

Resultado:
Validado en: 13/06/2024 08:50

COCAINA

Resultado:
Validado en: 13/06/2024 08:50 **NEGATIVO**



Katiuska Milena Bustamante Rodríguez
Bacteriólogo Reg:39048215

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 – 3104423845
Santa Marta

Impreso	07 jul 2025 03:40:42pm	**RESULTADOS**				Software Baxlab v20191230
Sede	PRINCIPAL					Pagina 1 de 1
Paciente	ANA MARCELA TORRES COVILLA		Sexo F	Edad 26A 5M 7D	Nro. De Recepción	128882
Identif.	CC 1083042949			Fecha de recepción	07 jul 2025 03.40.42 pm	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	CONSULTA EXTERNA	Cama	Medico	BENAVIDES DE VEGA JOSE		

Resultados	Unidades	Valores Referencia

PRUEBAS ESPECIALES

1 .	At.COHOL ETÍLICO (SALIVA)	Negativo	

INMUNOCROMATOGRAFÍA
Positivo 0.02% hasta 0.30%

Reportado por GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO Fecha de reporte: 07 jul 2025 03:40 pm

Grase Socarrás C
TP 1065582385

Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

Scanned with CamScanner

PÓLIZA Nº
1012249

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	Nº CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER Nº	CERTIFICADO LÍDER Nº	A.P.
9	8	2024	EXPEDICION	0			NO

TOMADOR	21460763-ANA MARCELA TORRES COVILLA	**CC**	1083.042.949
DIRECCIÓN	CRA 20A NO 22 65, SANTA MARTA, MAGDALENA	**TELÉFONO**	3002076930
ASEGURADO	21460763-ANA MARCELA TORRES COVILLA	**CC**	1083.042.949
DIRECCIÓN	CRA 20A NO 22 65, SANTA MARTA, MAGDALENA	**TELÉFONO**	3002076930

EMITIDO EN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
BARRANQUILLA	3502	35	9	8	2024	9	8	2024	00:00	9	8	2025	00:00	365

MONEDA	TIPO CAMBIO	CARGAR A:	FORMA DE PAGO	VALOR ASEGURADO TOTAL
Pesos	1.00		4. 30 DIAS	$ 400,000,000.00

Riesgo: 1 -
PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS A NIVEL NACIONAL, BARRANQUILLA, ATLANTICO

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	400,000,000.00	SI	220,000.00
7	GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	40,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	20,000,000.00		
8	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	400,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	400,000,000.00		
9	COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	80,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	40,000,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 0100010000	100.000 %	NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

POR SOLICITUD DEL TOMADOR SE EMITE LA PRESENTE PÓLIZA BAJO LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

Texto Continua en Hojas de Anexos...

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación,cancelación, nota crédito o nota debito.

PRIMA	$*******220,000.00
GASTOS	$**********0.00
IVA	$******41,800.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	$*****261,800.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

12/08/2024 10:35:32

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCION CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
2021	1	HILLER FRANCISCO GARCI		

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1012249 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	**0**

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA INDIVIDUAL

ESPECIALIDAD: Médico (sin otra clasificación)

NOTA: SE ASEGURAN LAS ACTIVIDADES DERIVADAS DEL CONTRATO CON LA E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND NIT819.004.070-5

CLASE: CLASE UNO(1) - SIN CIRUGÍA

OBJETO

Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido.

CONDICIONES GENERALES
Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP004 VERSIÓN 009-D00I que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA
La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "por reclamación", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

RETROACTIVIDAD
Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

LÍMITE TERRITORIAL República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN República de Colombia

LIMITE ASEGURADO $400.000.000 por evento y por vigencia combinado para todos los amparos.
* Los sublímites y coberturas ofrecidas hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
* En aquellos amparos donde no se establezca sublímite, se entienden otorgados al 100% del límite asegurado

AMPAROS

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil profesional médica de acuerdo con el numeral 1.1. de la cláusula primera del condicionado general. Extendiendo cobertura a la responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:

a. Equipos de radiografía con fines de diagnósticos
b. Equipos de rayos x para terapéutica
c. Equipos de tomografía por ordenador (scanner)
d. Equipos de radiación por isotopos para terapéutica
e. Equipos de generación de rayos laser
f. Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.

Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

1.1. Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

1.2. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza; sublimitado al 100% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1012249 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

8. Reclamaciones originadas por terremoto, erupción volcánica (actos de la naturaleza) y en general todos los eventos que escapen del control del asegurado.

DEDUCIBLES APLICABLES

1. Gastos médicos de emergencia: sin deducible
2. Costos y gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

OTRAS CONDICIONES:

1. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN UNILATERAL DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA - AMPLIACIÓN DEL PLAZO A 30 DÍAS HÁBILES: Modifica parcialmente la Cláusula Décima Primera de las Condiciones Generales de la Póliza en cuanto al plazo allí previsto. En consecuencia, este seguro podrá ser revocado unilateralmente por PREVISORA, mediante noticia escrita al asegurado enviada a su última dirección conocida con no menos de 30 días hábiles de antelación contados a partir de la fecha del envío.

2. CLÁUSULA DE NO RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA: Queda entendido que la suma asegurada se reduce desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía, y la misma no se entiende restablecida en ningún momento.

CLÁUSULA DE NO AMPARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES: Queda entendido que para la inclusión de nuevos predios y/u operaciones, el asegurado deberá solicitarla por escrito a la Previsora, la cual una vez efectúe el respectivo análisis determinará si da lugar o no a la aceptación del nuevo riesgo u operación y al cobro de prima adiciona

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1012249 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

1.3. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

1.4. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20% respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

1.5. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

1.6 Por medio del presente texto se da alcance a la exclusión No. 24. del condicionado general para aclarar que bajo la presente póliza se amparan toda cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente); se otorga cobertura a profesionales auxiliares de cirugías cosméticas (excluyendo al cirujano plástico y/o estético que realiza la cirugía). La cobertura se extiende al daño adicional que se pueda generar en la cirugía y no al resultado o insatisfacción de la misma.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil general de acuerdo con el numeral 1.2. de la cláusula primera del condicionado general. Así mismo se cubre la responsabilidad civil del asegurado, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

2.1. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; sublimitado a 5 % respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

2.2. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20 % respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

2.3. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10 % respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

2.4. Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

2.5. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación, al igual que los perjuicios patrimoniales como consecuencia de la prestación de estos servicios.
2. Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA / VIH y/o Hepatitis cualquiera que fuere su causa u origen.
3. Responsabilidad civil por fallas en el suministro de servicios públicos
4. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
5. Enfermedades profesionales
6. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
7. Daños genéticos a personas o animales.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

IDENTIFICACION DEL PAGO

POLIZA No. 1012249 **CERTIFICADO No.** 0

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554

Ramo	Sucursal
RESPONSABILIDAD CIVIL	VIRTUAL BARRANQUILLA

Valor Prima	Valor IVA	Tomador
$220,000.00	$41,800.00	21460763 - ANA MARCELA TORRES COVILLA

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
09/09/2024	$**********0.00	$*****220,000.00	$******41,800.00				

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Árticulo 1068 " la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

CONVENIO DE PAGO: 4. 30 DIAS

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y ANA MARCELA TORRES COVILLA

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de $ 261,800.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	09/09/2024	$**********0.00	$*****220,000.00	$******41,800.00					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1012249	RESPONSABILIDAD CIVIL	0	$*400,000,000.00

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de BARRANQUILLA a los 9 días del mes de AGOSTO de 2024

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA , para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "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 automatica del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009-1

CLÍNICA BENEDICTO SA

NIT 900099151
CALLE 23 Nº 14 - 46 BARRIO LOS ALCAZARES
Teléfono: 4236265
Email. Clinicabenedicto@hotmail.com

NOMBRE: ANAMARCELA TORRES COVILLA FECHA: 12 DE JUNIO DEL 2025

ESTUDIO: RX DE COLUMNA LUMBOSACRA DOCUMENTO:1083042949

INFORME RADIOLOGICO

- LOS CUERPOS VERTEBRALES NORMALES.
-LOS ESPACIOS INTERVERTEBRALES SE ENCUENTRAN CONSERVADOS
-EL DIÁMETRO DEL CANAL ESTÁ CONSERVADO
- LAS ARTICULACIONES INTERAPOFISIARIAS SE PRESENTAN DE AMPLITUD Y ASPECTO NORMAL.
-TEJIDOS BLANDOS PERIVERTEBRALES SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES RADIOGRAFICAS.

IDX.

1. **RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA NORMAL**

Atte.,

DR. ROBERTO RIVAS COTES.

MEDICO RADIOLOGO

RM. 1978

CLÍNICA BENEDICTO SA

NIT 900099151
CALLE 23 Nº 14 - 46 BARRIO LOS ALCAZARES
Teléfono: 4236265
Email. Clinicabenedicto@hotmail.com

NOMBRE: ANA MARCELA TORRES COVILLA FECHA: 12 DE JUNIO DEL 2025

ESTUDIO: RX DE TORAX AP Y LATERAL DOCUMENTO: 1083042949

INFORME RADIOLOGICO

RADIOGRAFIA DE TORAX AP
Silueta cardio vascular normal
Trasparecías pleuropulmonares conservadas
Aorta de calibre y trayectoria conservada
Ángulos cardiofrenicos y costos diafragmáticos libres
Hemidiafragma de configuración anatómica normal
Reja costal y parte ósea normal

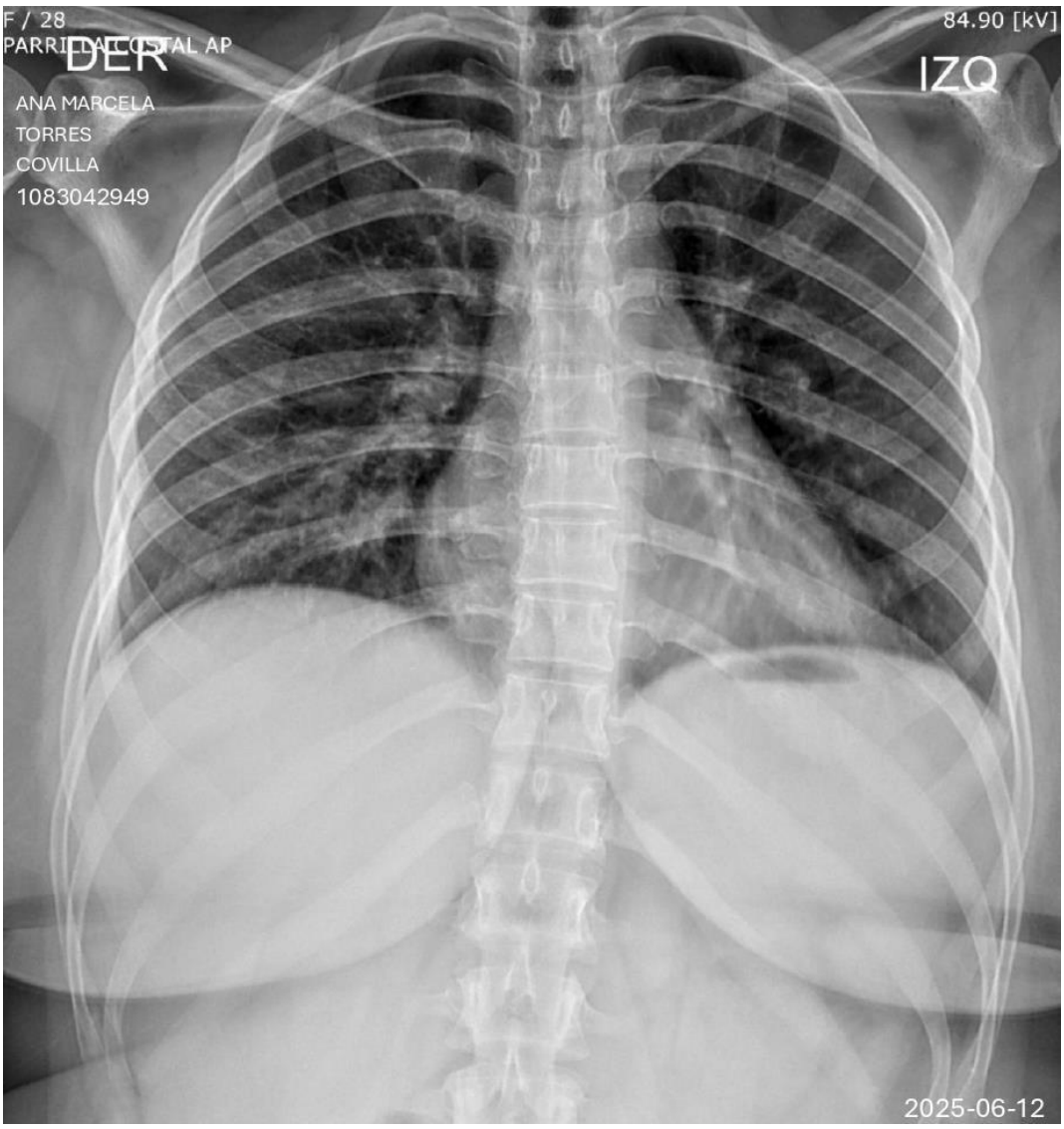
IDX.
1. **RADIOGRAFIA DE TORAX AP Y LATERAL NORMAL**

Atte.,

DR. ROBERTO RIVAS COTES.

MEDICO RADIOLOGO

RM. 1978


F / 28
PARRILLA COSTAL AP
DER
84.90 [kV]
IZQ
ANA MARCELA
TORRES
COVILLA
1083042949
2025-06-12

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: e080e807-99c6-42b8-b31c-9ca1ede633be

Nombres y apellidos / Full name: **ANA MARCELA TORRES COVILLA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1083042949**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **02/02/1999**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3002076930**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sarampión Rubéola	Adicional	20	1	2020		0129M017	STA MARTA CENTRO DE SALUD LA C	Yaneth Rodriguez Bolaños
Fiebre Amarilla	Única	20	1	2020		P3M811V	STA MARTA CENTRO DE SALUD LA C	Yaneth Rodriguez Bolaños
TD Adulto	Primer Refuerzo	20	1	2020		2338X004AE	STA MARTA CENTRO DE SALUD LA C	Yaneth Rodriguez Bolaños
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	21	1	2020		ufx19002	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	LAUDITH PATRICIA TRONCOSO VILLANUEVA
Meningococo Tetravalente ACWY Particular	Primera	21	1	2020		u6333ae	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	LAUDITH PATRICIA TRONCOSO VILLANUEVA
COVID PFIZER	Primera	7	4	2021	PFIZER	210961	CLINICA OFTALMOLOGICA DEL CARIBE S.A.S	CIELO GARCIA
COVID PFIZER	Segunda	28	4	2021	PFIZER	ER9449	CLINICA OFTALMOLOGICA DEL CARIBE S.A.S	MARILYN ELIZABETH RUIZ NAVARRO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	12	1	2022	SEQIRUS	P100312087	STA MARTA CENTRO DE SALUD TAGANGA	EMELIA ROSA LLANES LIÑAN
TD Adulto	Primera	14	2	2022	Serum	2339X026A	MIRED BARRANQUILLA PASO LA UNION-SAN JOSE	MARTHA ISABEL NAVARRO MENDOZA
TD Adulto	Tercera	22	7	2022	Serum	2331L027C	STA MARTA SALUD TOTAL EPS. AVENIDA LIBERTADOR	ROSANA BARON RIATIGA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	5	6	2023	Green Cross	V50523004	MIRED BARRANQUILLA PASO SAN FELIPE	TERESA EMILIA PEREZ GARCIA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **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.

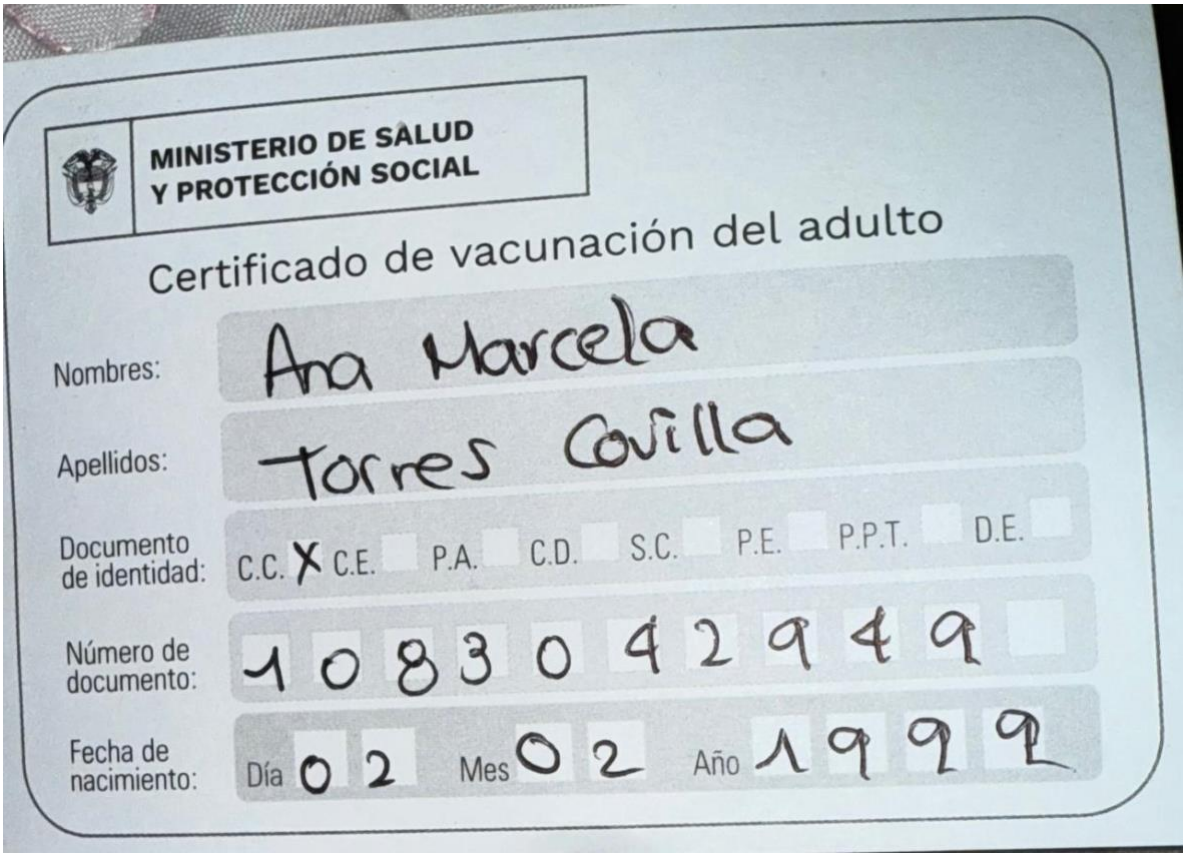
El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - 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.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

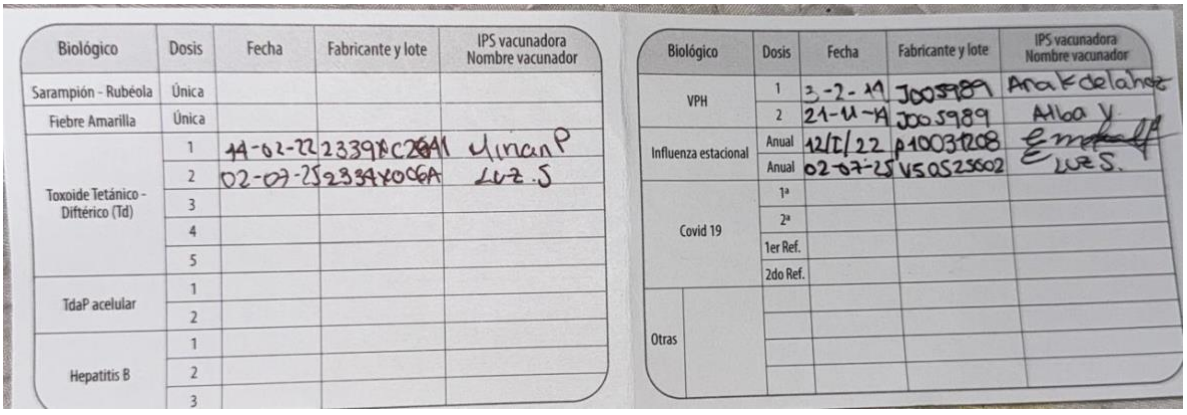
Nombres: Ana Marcela

Apellidos: Torres Covilla

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

Número de documento: 1083042949

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 02 Año 1992



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	14-02-22	2339	Unican P
	2	02-07-25	2334	Luz. S
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1	3-2-19	J005989	Ana F de Latorre
	2	21-11-19	J005989	Alba Y
Influenza estacional	Anual	12/2/22	A10037208	Emma [illegible]
	Anual	02-07-25	V5052302	Luz S.
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				