

OK Secop

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE	AREA DE PROCESO QUE LO GENERA	
	FORMATO	LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y CONTRATACION - PERSONAL ASISTENCIAL	GESTION DE TALENTO HUMANO	
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	
	A-TH-F-004-04	2	02/01/2025	

DATOS DEL CONTRATISTA							
NOMBRE COMPLETO: LARA CATALINA MUNEZ GOMEZ						D.I: 1019052493	
CARPETA	NO.	DOCUMENTO	PERFIL	RESPONSABLE	VERIFICACION		
			Medico		SI	N/A	
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL		HOSPITAL			
	2	CDP		HOSPITAL			
	3	ESTUDIO PREVIO		HOSPITAL			
	4	INVITACION POSIBLE CONTRATISTA		HOSPITAL			
	5	PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS		CONTRATISTA	✓		
	6	FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR		HOSPITAL			
	7	CERTIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA		HOSPITAL			
HOJA DE VIDA	1	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA		HOSPITAL			
	2	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA		CONTRATISTA	✓		
	3	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CONTRATISTA	✓		
	4	FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO LEY 2013 DE 2019. https://www.funcionpublica.gov.ec/funcionpublica/autenticacion/autenticacionDestino=LEY2012		CONTRATISTA	✓		
	5	CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona juridica y natural con establecimiento)		CONTRATISTA	✓		
	6	RUT ACTUALIZADO		CONTRATISTA	✓		
	7	CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos ultimos)		CONTRATISTA	✓		
FORMACION ACADEMICA	1	TARJETA PROFESIONAL		CONTRATISTA	✓		
	2	DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA			
	3	ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA	✓		
	4	DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA	✓		
	5	ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA	✓		
	6	DIPLOMA DE BACHILLER		CONTRATISTA	✓		
	7	ACTA DE GRADO DE BACHILLER		CONTRATISTA	✓		
	8	FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS		HOSPITAL			
	9	VALIDACION DE TITULOS (RESPUESTA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)		HOSPITAL			
	10	CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR		HOSPITAL			
	11	RETHUS		CONTRATISTA	✓		
	12	CER. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA (Resolucion)		CONTRATISTA	✓		
OTROS TITULOS (RES 3100)	TODO EL TALENTO HUMANO EN SALUD						
	1	CERTIFICADO EN ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL		CONTRATISTA	✓		
	2	CURSO GESTION DEL DUELO		CONTRATISTA	✓		
	3	CURSO DE AGENTES QUIMICOS		CONTRATISTA	✓		
	4	CURSO DE HUMANIZACION		CONTRATISTA	✓		
	TALENTO HUMANO - OTROS						
	1	CURSO CUIDADO DEL DONANTE DE ORGANOS		CONTRATISTA	✓		
	2	CURSO VII -		CONTRATISTA	✓		
	3	SOPORTE VITAL AVANZADO (MEDICO GENERAL)		CONTRATISTA	✓		
	4	CURSO DE SEDACION GRADO I -		CONTRATISTA	✓		
	5	CURSO DE SEDACION GRADO II -		CONTRATISTA	✓		
	6	CERTIFICACION DE IVE SENTENCIA 355		CONTRATISTA	✓		
	7	MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO -		CONTRATISTA	✓		
	8	EVALUACION DE COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO DEL DONANTE		CONTRATISTA	✓		
	1	TELEMEDICINA		CONTRATISTA			
	2	CERTIFICADO DE MANEJO DE LA TECNOLOGIA UTILIZADA		CONTRATISTA			
	3	CURSOS, DIPLOMADOS, (Otros estudios anexos a su formacion academica)		CONTRATISTA			
	ANTECEDENTES (Actuales)	1	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA		CONTRATISTA	✓	
		2	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA		CONTRATISTA	✓	
		3	CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia)		CONTRATISTA	✓	
4		CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia)		CONTRATISTA	✓		
5		CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL		CONTRATISTA	✓		
6		CER. REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos)		CONTRATISTA	✓		
VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS	1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		CONTRATISTA	✓		
	2	EXAMEN MEDICO PERIODICO (Tercerizados cada 6 meses / personal OPS cada 2 años)		CONTRATISTA			
	3	CARNE DE VACUNA SARS-COV-2		O EMPLEADOR			
	4	CARNET DE VACUNACION (Hepatitis b, Toxide tetanico, Influenza)		CONTRATISTA	✓		
	5	CERTIFICADO AFILIACION A SALUD		CONTRATISTA	✓		
	6	CERTIFICADO AFILIACION A PENSION		CONTRATISTA	✓		
	7	CERTIFICADO AFILIACION ARL		CONTRATISTA	✓		
	8	CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 dias)		HOSPITAL	✓		
	9	VERIFICACION INDUCCION - REINDUCCION		HOSPITAL			
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE		HOSPITAL			
	2	MINUTA DE CONTRATO		HOSPITAL			
	3	REGISTRO PRESUPUESTAL		HOSPITAL			
	4	POLIZAS (Si aplica)		HOSPITAL			
	5	ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica)		HOSPITAL			
	6	ACTA DE INICIO		HOSPITAL			
	7	SOPORTE PAGOS		CONTRATISTA			
	8	ACTA DE LIQUIDACION		HOSPITAL			
VERIFICACION Y REGISTRO DE LA INFORMACION							
Vb. Recibido Talento Humano:			1ras Correcciones en documentos:				
2das Correcciones en documentos:			3ras Correcciones en documentos:				
Vb. Afiliacion ARL:			Vb. Recibido Contratacion:				

fecha

Doctora

JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS

Gerente

E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes

Funza Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios de Apoyo a la gestión de la E.S.E.

Yo, Laura C. Muñoz Gómez, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.614.052.493 expedida en Boyacá Cundinamarca, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO: ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACIÓN DE UNA PERSONA MEDICO QUE REALICE EL APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL A EFECTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN NO 1010 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD.

ACTIVIDADES A REALIZAR:

ITEM	ACTIVIDAD	CANTIDAD DE ACTIVIDADES	EJECUCION	EVIDENCIA
1	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje	depende territorio asignado	Ejecutado	PDF Informe de cartografía y mapeo del EBS NA Evidencia en carpeta en drive.
4	Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados	depende territorio asignado	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive.
5	Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores.	depende territorio asignado	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive.
6	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorios asignado	depende territorio asignado	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive.
7	Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).	depende territorio asignado	Ejecutado	PDF soporte de canalización. Evidencia en carpeta en drive.
8	Realizar demanda inducida a los servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública	depende territorio asignado	Ejecutado	PDF Canalizaciones Evidencia en carpeta en drive.
9	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	depende territorio asignado	Ejecutado	NA PDF Canalizaciones de traslado Evidencia en carpeta en drive.

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaro que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCIÓN: Manifiesto que mi dirección de residencia es Ul80#102-64, barrio Bachica del municipio de Cundinamarca, correo electrónico laura.mgomez@hotmail mi número de celular es 3138421592.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,

(Firma) Laura M.
Nombre: Laura Catalina Hincapié Gómez
C.C. No. 7019052493



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Munevar		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Gomez		NOMBRES Laura Catalina	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1019052493		GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA 10 MES 10 AÑO 1990		CALLE 80 102 64 APT 205 TO 39			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO BOGOTÁ, D.C.	
DEPTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.			
MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.		TELÉFONO 3138421592		EMAIL laura.munevarg@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		EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2007	

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 SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO		No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	12	X	MEDICINA	11	2021	1019052493

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 4431790				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
				Día 28 Mes 10 Año 2022				Día 31 Mes 07 Año 2024			
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO				DEPENDENCIA ATENCION PRIMARIA EN SALUD-APS				DIRECCIÓN CALLE 66 15 41			

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	1	9
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 04 de Octubre de 2025.

Laura H. Linares

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

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

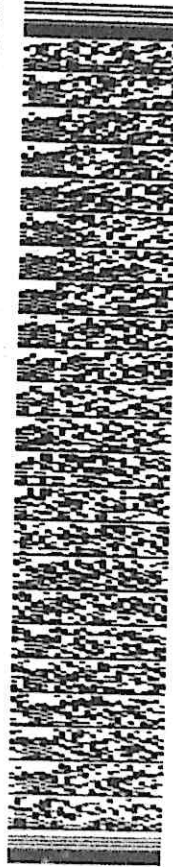
22-OCT-2008 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AREL SANCHEZ TORRES



INDICE DERECHO



P-1500150-00153530 F-1019052493-20090325

0010495311A 1

28683179

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.019.052.493

MUNEVAR GOMEZ

APPELLIDOS

LAURA CATALINA

NOMBRES

Laura Munivar

FIRMA



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	CATALINA	MUNEVAR	GÓMEZ

Documento de identificación	
Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1019052493

Lugar de nacimiento			
País	Departamento	Municipio	
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

Lugar de domicilio			
País	Departamento	Municipio	
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	
Lugar de sede	
País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA Municipio FUNZA
Dirección <input #="" -="" 11="" 9="" 99"]"="" calle="" type="text" value="["/>	
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	\$56.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$56.600.000,00

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	\$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMOS BANCOS	\$142.000.000,00

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
CARLOS	ANDRES	SALAMANCA	FLAUTERO

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

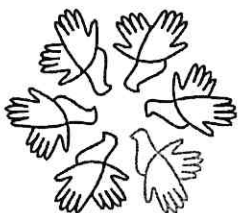
Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

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:

--

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	1 de 4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE			TIPO DE SOLICITUD
09/10/2025	Contratista ☒	Proveedor ☐	Personal Planta ☐	Vinculación ☒
	Prestador IPS ☐	Junta Directiva ☐	Otro ☐	Actualización ☐

Departamento: Ciudad:

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido: MUNEVAR	Segundo Apellido: GOMEZ	Nombres: LAURA CATALINA
Tipo De Documento Cedula	No. De Identificación 1019052493	Fecha De Nacimiento 10-10-1990
Lugar De Nacimiento BOGOTA	Fecha De Expedición 22-10-2008	Lugar De Expedición BOGOTA
Dirección: Calle 80#102-64	Ciudad BOGOTA	Departamento CONDINAMARCA
Teléfono 3138421592	Celular 3138421592	Profesión/Ocupación MEDICO GENERAL

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tiene reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

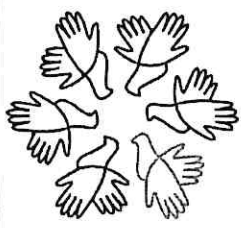
PERSONA JURÍDICA

Razón social:	Nit:	Correo electrónico
Tipo de contribuyente: ☐ Régimen simplificado ☐ Régimen común ☐ Grandes contribuyentes ☐ Otra ☐ ¿Cual? ☐		
Tipo de Empresa: Privada ☐ Publica ☐ Mixta ☐ Sin ánimo de lucro ☐		

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	2 de 4

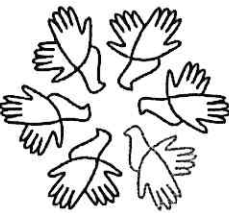
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL						
Salud ____	Farmacéutico ____	Industrial ____	Servicios ____	Comercial ____	Otro ____	¿Cuál?
Descripción de la actividad económica:						
Dirección Oficina Principal	Teléfono Oficina Principal	Celular oficina principal				
Departamento oficina principal	Correo oficina principal	Ciudad oficina principal				
Dirección sucursal o agencia	Teléfono Sucursal O Agencia	Celular sucursal o agencia				
Departamento Sucursal O Agencia	Correo Sucursal O Agencia	Ciudad Sucursal O Agencia				

REPRESENTANTE LEGAL		
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:
Tipo De Documento	No. De Identificación	Fecha De Nacimiento
Lugar De Nacimiento	Fecha De Expedición	Lugar De Expedición
Dirección:	Ciudad	Departamento
Teléfono	Celular	Profesión/Ocupación

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS		
¿Administra recursos públicos? ____ ¿Tienen reconocimiento público? ____ ¿Tiene grado de poder público? ____ ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? ____		

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"
 Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	3 de 4

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.
(Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón Social O Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Porcentaje De Participación	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos \$ 0	Total Pasivos \$ 145.000.000	Total Patrimonio \$ 0
Ingresos Mensuales \$ 7500.000=	Egresos Mensuales \$ 6.000.000 >	Otros Ingresos \$ 0

Corte De Información Financiera

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	4 de 4

3. OPERACIONES INTERNACIONALES		
Realiza negocios en moneda extranjera	No	Tipo de transacciones
		¿Cuál?

PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA						
Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: Desempeñandome como medico General
- 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 adicione o modifique.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla en cada proceso contractual o anualmente
- De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, 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
- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
- Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal 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.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS
1. Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
2. Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

6. FIRMA Y HUELLA

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:

Laura Munevar

FIRMA



HUELLA

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141204529364



(415)7707212489984(8020) 0000141204529364

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

1 0 1 9 0 5 2 4 9 3 0

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

1 0 1 9 0 5 2 4 9 3

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

29. Departamento

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

31. Primer apellido

MUNEVAR

32. Segundo apellido

GOMEZ

33. Primer nombre

LAURA

34. Otros nombres

CATALINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

41. Dirección principal

CL 127 C 93 13

42. Correo electrónico

laura.munevarg@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 8 4 2 1 5 9 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 6 9 9

2 0 2 5 0 9 0 5

Actividad económica

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

8 6 2 1

2 0 2 2 0 3 0 2

Otras actividades

50. Código

1 2

7 0 1 0

Ocupación

51. Código

52. Número
establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 5 0

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

50 - No responsable de Consumo restaurant

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 2010. 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 MUNEVAR GOMEZ LAURA CATALINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Espacio reservado para la DIAN

Página 2 de 3 Hoja 2

4. Número de formulario

141204529364



(415)7707212469984(8020) 000014120452936 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 9 0 5 2 4 9 3 0

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

65. Fondos

68. Sin personería jurídica

63. Formas asociativas

66. Cooperativas

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros

73. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento

1. Constitución

2. Reforma

Composición del Capital

71. Clase

0 9

72. Número

73. Fecha

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

0 3

76. Fecha de registro

2 0 1 1 1 1 0 1

77. No. Matrícula mercantil

0 2 1 5 5 4 4 3

78. Departamento

1 1

79. Ciudad/Municipio

4

82. Nacional

%

83. Nacional público

%

84. Nacional privado

%

85. Extranjero

%

86. Extranjero público

%

87. Extranjero privado

%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item

89. Estado actual

90. Fecha cambio de estado

91. Número de Identificación Tributaria (NIT)

92. DV

1

2

3

4

5

93. Vinculación económica

94. Nombre del grupo económico y/o empresarial

95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante

96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior

171. País

172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

Espacio reservado para la DIAN



Página 3 de 3 Hoja 6

4. Número de formulario

141204529364



(415)7707212489984(8020) 0000141204529364

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 9 0 5 2 4 9 3

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento

Otro tipo de establecimiento 9 9

161. Actividad económica

Otras actividades de servicios personales n.c.p.

9 6 0 9

162. Nombre del establecimiento

ESTETIKATALINA

163. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

164. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

165. Dirección

CL 127 C 93 13

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

2 0 1 1 1 1 0 1

168. Teléfono

6 0 1 7 8 9 4 0 0 3

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

EL (A) SUSCRITO (A) DIRECTOR (A) DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED
INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N ° 641 del 06 de abril de 2016 se reorganizó el Sector Salud en el Distrito Capital; el Artículo 5 del Acuerdo en mención, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas.

Revisados los archivos que reposan en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., se evidenció que, el (a) señor (a) **MUNEVAR GOMEZ LAURA CATALINA** identificado (a) con C.C. Núm. **1019052493** ha suscrito con la entidad los siguientes contratos de prestación de servicios Profesionales y apoyo a la Gestión relacionados a continuación

AÑO	NUMERO DE CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO	VALORES HONORARIOS
2022	7445	2022-10-28	2023-04-30	MEDICO GENERAL	\$6,633,936.00
2023	5235	2023-05-12		PROFESIONAL EN MEDICINA	\$7,098,352.00

a continuación, se describen las obligaciones con forme al último objeto contratado, así:

1. Realizar valoración integral de los integrantes de la familia estrategia casa ruteo y conglomerado o los que sean designados acorde a la operación del convenio. 2. Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado. 3. Realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al líder operativo. Adicionalmente se debe registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la secretaria Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado familiar con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación de compromisos con los integrantes de la familia. 4. Realizar si considera o requiere un apoyo o recomendación comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred quien realizará una teleasistencia para fortalecer la resolutivita de los profesionales en campo. 5. Agendar citas con especialistas a través de las actividades de agendamiento del proceso de planeación de la atención para la población afiliada a Capital Salud u otra EAPBS que tenga contrato con la Subred. Para ello deberá llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar y con los datos: tipo de identificación número de identificación nombres apellidos dirección teléfono de contacto código de la familia o ID predio y especialidad requerida solicitar la información de fecha y hora. 6. Deberá ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva para disponer de resultados el día de la tele consulta con el especialista estas órdenes deben ser de conocimiento del agendado cuando corresponda para poder establecer la fecha de la consulta posterior a la entrega de los resultados. Valoración Integral individual para actualización de

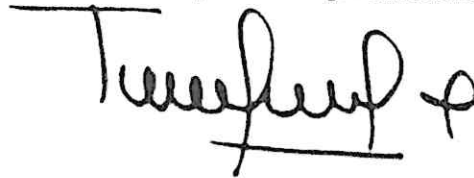
Sede Administrativa: Calle 66 # 15-41
certificacionesops@subrednorte.gov.co
Tel: (571) 4431790
Nit: 900971006-4



novedades Control a población priorizada. 7. Valoración integral. 8. Dar cumplimiento de la gestión documental como es el diligenciamiento de los formularios requerimientos y demás formas documentales institucionalizados en las Subred que para el caso de la prestación de servicios de salud en atención individual es la historia clínica que en todo caso deberá cumplir con la normatividad vigente. 9. Participar de comités capacitaciones y todo tipo de espacio que permita el fortalecimiento de capacidades para la buena ejecución de sus actividades para el convenio y la Subred. 10. Facilitar oportunamente con calidad y veracidad información de sus actividades con fin estadístico de los usuarios atendidos o actividades propias del convenio para entrega de reportes y bases a nivel central o entes de control en los tiempos establecidos y direccionados por el líder y/o coordinador. 11. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred.

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. a los 11 de 07 de 2024.

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



ANA TATIANA QUINTANA
TORRES DIRECTOR DE
CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 RH. Info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Médico Colombiano



La salud
es de todos



COLEGIO MEDICO
COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

LAURA CATALINA MUNEVAR GOMEZ

C.C. 1019052493

MÉDICO

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Bogotá D.C.

Grado: 17/12/2021

Reithus: 01/02/2022



Fundación Universitaria Juan A. Corpes

Institución Universitaria con Personalidad Jurídica 2105 del 29 de Marzo de 1974 del Ministerio de Educación Nacional



ESCUELA DE MEDICINA

*En nombre de la República de Colombia,
por autorización del Ministerio de Educación Nacional y*

Teniendo en cuenta que:

Laura Catalina Munévar Gómez

C.C. 1.019.052.193 de Bogotá D.C.

*culminó satisfactoriamente los programas y requisitos académicos
establecidos por la Fundación y los demás exigidos
por la ley, le confiere el título de:*

Médico y Cirujano General

Código 1807

*y le otorga el presente Diploma que le acredita como tal,
refrendándolo con las firmas y sellos respectivos.*

Bogotá, D.C. Diciembre 17 de 2021

Nº. 7784

Pro Rector

Rectora

Decano

Decano

Regente General



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS
Secretaría General

NA-FOUR-15

ACTA DE GRADO No. 622

En la Ciudad de Bogotá, D.C., el día 17 del mes de diciembre de 2021, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO Rector (S), JUAN DAVID PIÑEROS RICARDO Vicerrector Administrativo, OTTO HAMANN ECHEVERRI Decano y FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General; con la asistencia de los Doctores LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO Secretario General Asociado; JUAN CARLOS VELÁSQUEZ ROJAS Director de Bienestar Universitario y DENNY LUENGAS SUÁREZ Director de Rotaciones Institucionales.

En el cual la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Código del Programa No. 1807, otorgado por el ICFES. Registro Calificado y Re-Acreditación de Alta Calidad otorgados mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 04602 de Marzo 21 de 2018, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL

a

Laura Catalina Munévar Gómez

Identificada con Cédula de Ciudadanía No.1.019.052.493 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes; por lo que se le otorgó el Diploma No.7784 que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de 2021.


Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General

Carrera 111 No. 159A-61 (Av. Corpas Km. 3 Suba) PBX: 662 22 22 Bogotá D.C., Colombia
www.juannncorpas.edu.co



La República de Colombia
La Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
y en su nombre el

Colegio Distrital Gerardo Paredes

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. según
Resolución No. 2440 del 20 de Agosto de 2002

Confiere a :

Laura Catalina Munebar Gómez

C.I. 901010-50873 de Santafé de Bogotá D.C.

el Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes


Luisa Reyes Muñoz
Rectora


Ana Lucía Barona Parra
Secretaria



Acta General de Graduación No. 05

Dado en Bogotá, D.C. a 23 de Noviembre de 2007

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según
Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 del Gobierno Nacional.



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO DISTRITAL GERARDO PAREDES

CRA. 94 C No. 129 A - 04

TELEFONO: 6813272

BOGOTÁ, D.C.

Inscripción DANE. 111769003424

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 23 días del mes de Noviembre de 2007, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO DISTRITAL GERARDO PAREDES. Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO; según Resolución No. 2440 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 Académica se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO; al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Laura Catalina Munevar Gómez

T.I. 901010-50873 de Santafé de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 05 del 23 de Noviembre de 2007, consta de 206 alumnos; comienza con el nombre de ACOSTA ERAZO ANDREA PATRICIA y cierra con el nombre de ZAPATA MANCIPE LUIS ALBERTO. Firmada por Luisa Reyes Muñoz (Rectora) y Ana Lucia Barona Parra (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C., a los 23 días del mes de Noviembre de 2007.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994; del Gobierno Nacional.


Luisa Reyes Muñoz
C.G. 41.578.267
Rectora


Ana Lucia Barona Parra
C.C. 52.582.795
Secretaria

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General - 2025-10-03 - 10:47:21 AM

CC	Identificación	Nombre	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
CC	1019052493	LAURA	CATALINA	MUNEVAR	GOMEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2156 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) LAURA CATALINA MUNEVAR GOMEZ (identificada) con CC 1019052493 registra la siguiente información:

2025-10-03 - 10:47:21 AM

Información Académica

Unidad Educativa	Modalidad Educativa	Programa de Estudios	Fecha de Ejercicio	Act. Profesional	Entidad Educativa
UNV	Local	MEDICINA	2022-02-01	95779	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Exonerado del SSO	Local	COLOMBIANO APLICABLE	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
-------------------	-------	----------------------	------------	------------	---------------	----------	---------------------------

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).



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

Certifica

Laura Catalina Munevar Gomez,

CC 1019052493 de Bogotá D.C

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.

Fecha de emisión: 2024-03-10

Fecha de vencimiento: 2026-03-10 ✓



verifique la autenticidad
de su certificación en la página

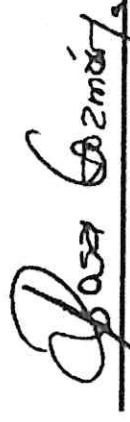
www.fundacionnuestraseñoradelasesperanza.org


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO

Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO
ORANDO

Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN

ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica

Laura Catalina Munevar Gomez

CC 1019052493 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-09-19

Fecha de vencimiento: 2026-09-19



verifique la autenticidad
de su certificado en la página

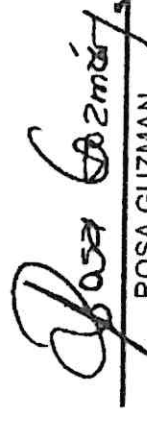
www.fundacionnuestraesperanza.org


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



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

Certifica

Laura Catalina Munevar Gomez

CC 1019052493 de Bogotá D.C

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.

Fecha de emisión: 2024-03-08

Fecha de vencimiento: 2026-03-08 ✓

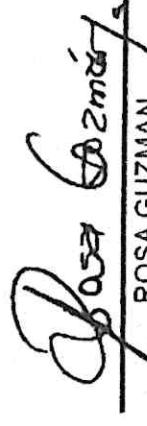


verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestrosenoradelaesperanza.org


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal

TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO
ORANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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:

Laura Catalina Munevar Gomez

CC 1019052493 de Bogotá D.C

zó 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: 2025-10-08
Fecha de vencimiento: 2027-10-08



verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.co

[Signature]

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

[Signature]

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
ID 3206
Docente.

[Signature]

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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:

Laura Catalina Munevar Gomez

CC 1019052493 de Bogotá D.C

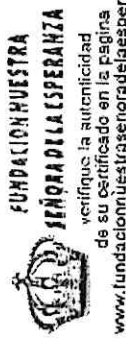
izó y aprobó el Curso de Asesoría Pre y Post en la Prueba Voluntaria de VIH, con Enfoque Diferencial con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-05

Fecha de vencimiento: 2027-10-05



verifique la autenticidad de su certificado en la página www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.co

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

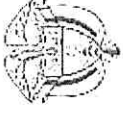
DEIBNE STEVENSON BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP. 3206
Docente.

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:

Laura Catalina Munevar Gomez

CC 1019052493 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Protocolos básicos de Sedación Grado I y II
con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-03

Fecha de vencimiento: 2027-10-03



verifiquemos la autenticidad

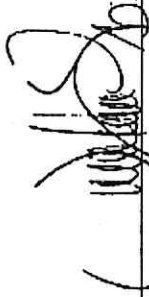
de su certificado en la página

www.fundacionnuestrañoradelasesperanza.co



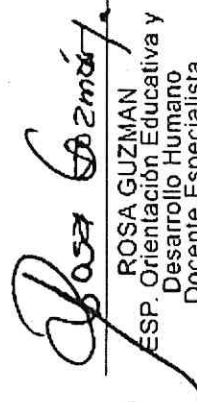
FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO

Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería

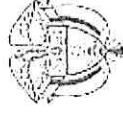
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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:

Laura Catalina Munevar Gomez

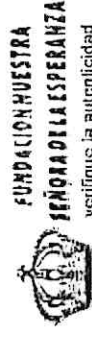
CC 1019052493 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo
con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-07
Fecha de vencimiento: 2027-10-07



verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.co

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

DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
NP 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:

Laura Catalina Munevar Gomez,

CC 1019052493 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante
con un total de 60 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-05-22

Fecha de vencimiento: 2027-05-22 ✓



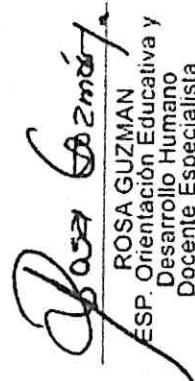
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.co

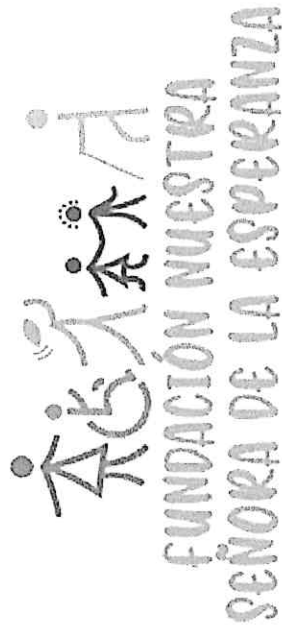

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO

Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería

TP 3208
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



NIT. 901544869-6



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Laura Catalina Munevar Gomez

CC 1019052493 de Bogotá D.C

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

Fecha de emisión: 2024-03-07

Fecha de vencimiento: 2026-03-07



FUNDACIÓN NUESTRA

SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad

de su certificado en la página

www.fundacionnuestraonoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO

Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO

Jefe de Enfermería
CP 3208

Docente.

ROSA GUZMAN

ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



NIT. 901544869-6



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

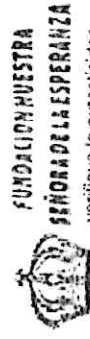
Laura Catalina Munevar Gomez,

CC 1019052493 de Bogotá D.C

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

Fecha de emisión: 2024-03-09

Fecha de vencimiento: 2026-03-09



verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.org


FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO

Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO

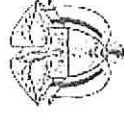
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.


ROSA GUZMAN

ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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:

Laura Catalina Munevar Gomez

CC 1019052493 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Asesoría Interrupción Voluntaria del Embarazo
con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-01
Fecha de vencimiento: 2027-10-01 ✓



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestra senora de la esperanza.co

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 281469753



PIB

18:14:48

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de septiembre 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) LAURA CATALINA MUNEVAR GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019052493:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

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

www.procuraduria.gov.co

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 29 de septiembre de 2025, a las 18:16:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1019052493
Código de Verificación	1019052493250929181631

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/09/2025 06:49:04 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1019052493** y Nombre: **LAURA CATALINA MUNEVAR GOMEZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **124069918** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 016000-910112





Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:12:27 PM horas del 29/09/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1019052493

Apellidos y Nombres: **MUNEVAR GOMEZ LAURA CATALINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.

[Volver al Inicio](#)

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

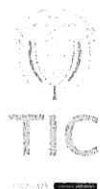
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 20:10:22 horas del 03/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1019052493**,
Apellidos y Nombres **MUNEVAR GOMEZ LAURA CATALINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES**, con NIT **900750333-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



**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 1019052493 **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 01/09/2025 05:46 PM



Código Verificación: T8MHYCSZPW

Válida hasta: 30/11/2025

Dirección de Gobierno Digital

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

**CERTIFICADO OCUPACIONAL
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

FECHA DE EXAMEN: 29/09/2025
TIPO DE EXAMEN: INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
CIUDAD: SOACHA CUNDINAMARCA

1. DATOS DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE	IPS CLÍNICA FRANCIS KOLLINS S.A.S.
NIT	901.194.110-2
DIRECCIÓN	CALLE 13 # 5-41 LOCAL A-19 C.C. SANTA MARIA PLAZA SOACHA
TELÉFONOS	3228584920-9053022
E-MAIL	franciskollins@gmail.com

Foto

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	LAURA CATALINA MUNEVAR GOMEZ	DOC. IDENTIDAD	1.019.052.493
FECHA DE NACIMIENTO	10/10/1990	LUGAR DE NAC.	BOGOTA DC
EDAD	34 AÑOS	SEXO	FEMENINO
ESTADO CIVIL	CASADO(A)	TELÉFONO	3228666806
GRUPO SANGUÍNEO	O +	ESCOLARIDAD	UNIVERSIDAD
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CALLE 80 N.º 102-64	BARRIO	BOCHICA – ENGATIVA
FONDO DE PENSIÓN	COLPENSIONES		
ARL	SURA		
EPS	SANITAS		

3. DATOS EMPRESA

RAZÓN SOCIAL	EMPRESA DEL ESTADO	SEDE	NORTE
FECHA DE INGRESO	NO REFIERE	CARGO	MEDICO GENERAL
JORNADA	NO REFIERE	POSTURA LABORAL	DE PIE Y SENTADO(A)

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES AL EXAMEN FISICO
VISIOMETRÍA
SIN EVIDENCIA DE DEFECTOS DE REFRACCION
AUDIOMETRÍA
NO SOLICITADO

CERTIFICADO MÉDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
RESOLUCIÓN No. 2346 DE 2007 Y RESOLUCIÓN No. 1918 DE 2009

ALVARO FAJARDO, MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, MEDIANTE EL EXAMEN OCUPACIONAL EMITE:

CONCEPTO MÉDICO SST
LABORALMENTE APTO PARA EJERCER EL CARGO
OBSERVACIÓN
NO REQUIERE

CERTIFICADO OCUPACIONAL
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PARA EL TRABAJADOR
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PRACTICAR Y CONSERVAR AUTOCUIDADOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, USO DE MEDIAS DE MEDIANA COMPRESION
RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES PARA EL EMPLEADOR
MANTENER PROTOCOLOS POR PANDEMIA, ENTREGAR DOTACION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJADORES ACORDE CON EL CARGO Y RIESGO A DESARROLLAR EN LA EMPRESA
REMISIÓN
NO REQUIERE
LIMITACIONES
NO REQUIERE
RESTRICCIONES
NO REQUIERE
INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
NO REQUIERE

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta" Igualmente, el paciente de manera libre, autónoma y consciente, autoriza a IPS CLÍNICA FRANCIS KOLLINS S.A.S. para que realice los procedimientos pertinentes.

Dr. Alvaro L. Fajardo Z.
Md. Toxicólogo TP. 3720/95
Espec. Salud Ocupacional
Res. 4594 de 23 / 09 / 2020

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO SST

Laura M.

FIRMA DEL TRABAJADOR



HUELLA



19/09/2024

ASISTE A CERTIFICADO VISUAL LAURA CATALINA MUNEVAR GOMEZ CON CC. 1019052493 A
CONTROL VISUAL PARA OBTENER CERTIFICADO VISUAL.

A LOS HALLAZGOS SE ENCUENTRA:

- AV PACIENTE SC OD 20/20 OI 20/20
- MOTILIDAD OCULAR SANA.
- FONDO DE OJO SIN ALTERACION APARENTE.
- SE RECOMIENDA SEGUIR EN CONTROL CADA AÑO.
- SE RECOMIENDA HACER PAUSAS ACTIVAS.

Dra. Jessica Cabas N.
Optómetra P.U.A.A
DRA. YESSICA CABAS

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres.

Laura C.

Apellidos.

Moneval

Documento de identidad.

C.C. / T.I. Pasaporte

No.

1014052443

Fecha de Nacimiento:

Día. 10

Mes. 10

Año. 1990

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	08-03-2021	PFIZER	211105	CSE SUBA	ERIKA RODRIGUEZ	123390804
	2	30-04-21	Pfizer	ER 9449	Protektor Salud	Camila Ortiz	1192793850
	10 FEB 22		Pfizer	210958	FORJA NIT: 900 162 533-3	OLGA MILENA RINCON C. C.C. 1022345022 Auxiliar Enfermería Vacunador	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
Boostrix	1	NOV. 2020	compensar	esul
TdaP	2	03-2022		
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			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	04-01-19	2215020/60	framintu
	4	01.06.20	2338x004E	Yoda
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	9.6.20	150220015	Yoda
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	05 JUL 2011	CSL	
	2	12 NOV 22/12 02-1510010mcl		
	3	15 21/12 2013		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2	12 JUN 2018	143280519	
	3	09 ENE 2019	AHPUCGUA1	

17-05-24 08 JUL 2019 ANA ESTHER P

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	22/10/2009	CSL 12/10	20 años	H. Suba K201
Contra Influenza				
Otras				

Vacunas	Fecha	Lote	Firma
TETRAVALENTE	1 dosis		
	2 dosis		
	3 dosis		
	Refuerzo 1		
	Refuerzo 2		
PENTA VALENTE	1 dosis		
	2 dosis		
	3 dosis		
	Refuerzo 1		
	Refuerzo 2		
PENTA VALENTE	1 dosis		
	2 dosis		
	3 dosis		
	Refuerzo 1		
	Refuerzo 2		
ROTAVIRUS	1 dosis		
	2 dosis		
	3 dosis		
TRIPLE VIRAL	1 dosis		
	2 dosis		
VARICELA	1 dosis		
	2 dosis		

Vacunas	Fecha	Lote	Firma
HEPATITIS A	1 dosis		
	2 dosis		
HEPATITIS B	1 dosis		
	2 dosis		
	3 dosis		
	Refuerzo 1		
HEPATITIS A + B	1 dosis		
	2 dosis		
	3 dosis		
TOXOIDE TETÁNICO	1 dosis		
	2 dosis		
	3 dosis		
	Refuerzo 1	17-05-24	22080034 Kaniya
VPH NONVALENTE	1 dosis		
	2 dosis		
	3 dosis		
DPTACELULAR	1 dosis		
	Refuerzo		
INFLUENZA	1 dosis		
	2 dosis		
	3 dosis		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06/07/2021	Pfizer	3045071	Santa	Yeni Paola Pinz	01400
	2					Alcivar	01400

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Laura Catalina Munevar Gomez, identificado(a) con CC número 1019052493, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1019052493
NOMBRES Y APELLIDOS	Laura Catalina Munevar Gomez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	10/10/1990
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	68 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2019
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1019052493 LAURA CATALINA
MUNEVAR GOMEZ Desde 25/09/2024 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LAURA CATALINA MUNEVAR GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1019052493**, se encuentra afiliado/a desde **18/09/2012** 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 01 de septiembre 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.

Medellín, 03 de octubre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LAURA CATALINA MUNEVAR GOMEZ identificado(a) con C1019052493 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10190524932527673762

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección IP 10.205.28.13



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

03/10/2025

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **LAURA MUNEVAR GOMEZ**
con **Cédula de Ciudadanía** número **1019052493**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550451800142528
Fecha de apertura	11/04/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	1	1	COMERCIO ELECTRONICO	Avenida Carrera 70 No 89 - 72	BOGOTÁ D.C.
TOMADOR MUNEVAR GOMEZ LAURA CATALINA	NIT / CC 1019052493	DIRECCIÓN CL 48 K SUR # 5 - 42	CIUDAD BOGOTÁ D.C.	TELEFONO	
ASEGURADO MUNEVAR GOMEZ LAURA CATALINA	NIT / CC 1019052493	DIRECCIÓN CL 48 K SUR # 5 - 42	CIUDAD BOGOTÁ D.C.	TELEFONO	
ASEGURADO N.D.	NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO	
BENEFICIARIO CUALQUIER TERCERO AFECTADO	NIT / CC N.D.	DIRECCIÓN N.D.	CIUDAD N.D.	TELEFONO N.D.	

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
VALENCIA SAAVEDRA LUZ KARIME	ADM	11983	3224630186	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO						
DÍA	MES	AÑO	INICIACIÓN	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS	INICIACIÓN	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
8	9	2025		00:00	16	9	2025			00:00	16	9	2025	
			TERMINACIÓN	00:00	16	9	2026	365	TERMINACIÓN	00:00	16	9	2026	365

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL SIN CIRUGIA
 ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL SIN CIRUGIA
 DIRECCION DEL RIESGO:
 DEPARTAMENTO: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL
 CIUDAD: BOGOTÁ D.C.



clientes mapfre colombia

COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos médicos - Médicos	\$300.000.000,00	10% PERD Min 1000000 (PESO COLOMBIANO)
Gastos de defensa	\$120.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependencia	\$300.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia médica emergencia	\$300.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro



Contacta con nosotros:



Comunícate al
 01 8000 519 991 a nivel nacional,
 3077024 desde Bogotá,
 o desde tu celular al #624
 Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co

VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
\$ 177.137,00	\$ 20.000,00	\$ 197.137,00	\$ 37.456,00	\$ 234.593,00



* (415)7707289180029(8020)031895295579(3900)0000234593(96)20250916*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones RENOVIACION MANUAL

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARÁ LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA. LA MOROSA EN EL PAGO DE LA PRIMA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

ANEXOS

RC PROFESIONAL MÉDICOS

ASEGURADO: LAURA CATALINA MUNEVAR GOMEZ MEDICO: MEDICINA GENERAL CLASE 1

VIGENCIA: 16-09-2025 AL 16-09-2026

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

AMPAROS

e R.C. como consecuencia de cualquier hecho médico derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

e R.C. consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado

LÍMITE VALOR ASEGURADO: \$300.000.000

e R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 5 0% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

e Gastos judiciales sublimitado 40% del límite asegurado evento / vigencia. Este valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en exceso de este.

e PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual sublimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

PRIMA ANUAL SIN IVA \$177.137 e Básico 10% MÍNIMO \$1.000.000 e N o opera para Gastos Médicos o Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

NO SE OTORGA

e R.C. Extracontractual e Bienes bajo cuidado tenencia y control e Restablecimiento automático de valor asegurado. e Errores e Inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud. e Renovación automática e R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas e L o s procedimientos estéticos y de cirugía plástica salvo que se trate de una cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de accidente. e Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios. e Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, liposculptura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en otro sentido en la presente póliza, este seguro excluye cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, costo o gasto de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causado por, que surja de, que resulte de o derivado de o en relación con una enfermedad transmisible o el temor o la amenaza (ya sea real o percibida) de una enfermedad transmisible con independencia de cualquier otra causa o evento que contribuya de manera

simultánea o en cualquier otra secuencia a ello.

2. Tal como se utiliza en el presente documento, se entiende por enfermedad transmisible toda enfermedad que pueda ser transmitida por medio de cualquier sustancia o agente desde un organismo cualquiera a otro organismo, en la presente definición:

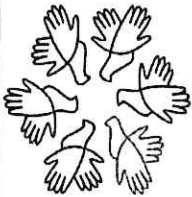
2.1 la sustancia o el agente incluye, entre otros, un virus, una bacteria, un parásito u otro organismo o cualquier variación de estos, ya sea que se considere vivos o no; y

2.2 el método de transmisión ya sea directo o indirecto, incluye, entre otros, la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la transmisión desde o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gas o entre organismos; y,

2.3 la enfermedad, la sustancia o el agente pueden causar o amenazar con causar daños a la salud o al bienestar de las personas o pueden causar o amenazar con causar daños, dolor, pérdida de valor, comerciabilidad o pérdida de uso de los bienes. MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. Firma Autorizada



MAPFRE

	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		AREA O PROCESO QUE LO GENERA	
	FORMATO	CERTIFICADO DE IDONEIDAD		GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	CODIGO	VERSION	FECHA DE ELABORACION	PAGINA	
	A – TH – F - 015	2	12/0/2025	1 DE 1	

**LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"**

NIT. 900.750.333 – 1

CERTIFICA

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **LAURA CATALINA MUNEVAR GOMEZ** identificado (a) con cedula de ciudadanía **No 1019052493** se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra idoneidad y experiencia relacionada.
Para constancia de los anterior se firma a los ocho (08) día del mes de octubre del año dos mil veinticinco (2025).


LAURA LILIANA HERRERA MENDIVELSO
 Líder Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Laura L. Herrera M. / Líder Talento Humano
 Revisó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero
 Aprobó: Jairo Velásquez Chacón. – Subgerente Administrativo Y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera copia.